

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

40^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 27 octobre 2005

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE Mme PAULETTE GUINCHARD

1. **Loi de financement de la sécurité sociale.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (n^{os} 2575, 2609) (p. 6025)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 6025)

Article 30 (p. 6025)

MM. Jean-Luc Prével, Philippe Vitel, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Claude Évin, Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles ; MM. Dominique Tian, Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités.

Amendement n^o 134 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jacques Domergue, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; le ministre de la santé. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 75 de M. Vitel, 87 de M. Tian et 98 de M. Dionis du Séjour : MM. Philippe Vitel, Dominique Tian, Jean-Luc Prével, Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général ; le ministre de la santé. – Retraits.

M. le ministre de la santé.

Amendements identiques n^{os} 76 de M. Vitel, 88 de M. Tian et 100 de M. Dionis du Séjour : MM. Philippe Vitel, Dominique Tian, Jean-Luc Prével, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre de la santé. – Retraits.

M. le ministre de la santé.

Amendements identiques n^{os} 51 de la commission des finances et 77 de M. Vitel : MM. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Philippe Vitel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre de la santé, Claude Évin, Paul-Henri Cugnenc, Gérard Bapt, Laurent Wauquiez. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 79 de M. Vitel, 90 de M. Tian et 102 rectifié de M. Dionis du Séjour : MM. Philippe Vitel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé. – Rejet.

Amendement n^o 262 de M. Prével : M. Jean-Luc Prével.

Amendement n^o 263 de M. Jean-Luc Prével : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé, Jean-Luc Prével. – Rejet des amendements n^{os} 262 et 263.

Amendement n^o 309 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Amendement n^o 310 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Amendement n^o 311 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Adoption de l'article 30 modifié.

Après l'article 30 (p. 6036)

Amendement n^o 121 troisième rectification de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 52 de la commission des finances et 191 rectifié de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé. – Rejet.

Article 31 (p. 6037)

M. Jean-Luc Prével, Mmes Jacqueline Fraysse, Danièle Hoffman-Rispal.

PRÉSIDENCE DE M. YVES BUR

MM. Jacques Le Guen, Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Amendement n^o 135 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n^o 21 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Amendement n^o 202 rectifié de Mme Guinchard : Mme Danièle Hoffman-Rispal, MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale, Mme Paulette Guinchard. – Rejet.

Amendement n^o 22 de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale, Mme Cécile Gallez, rapporteure de la commission des affaires culturelles pour l'assurance vieillesse. – Retrait.

Amendement n^o 281 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n^o 268 de M. Jean-Marie Le Guen : Mme Danièle Hoffman-Rispal. – L'amendement tombe.

Amendement n^o 282 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 312 de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 283 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 284 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Adoption de l'article 31 modifié.

Après l'article 31 (p. 6041)

Amendement n° 229 deuxième rectification du Gouvernement : MM. le ministre délégué à la sécurité sociale, le rapporteur l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Paulette Guinchard. – Adoption.

Article 32 (p. 6042)

Mme Paulette Guinchard.

Amendement de suppression n° 209 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 53 de la commission des finances : MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 235 de M. Heinrich : MM. Gérard Dubrac, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 203 de M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 270 Mme Guinchard : Mme Paulette Guinchard, MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 204 M. Jean-Marie Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 236 de M. Heinrich : MM. Gérard Dubrac, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 23 de la commission des affaires culturelles : Mme la rapporteure pour l'assurance vieillesse, M. le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 237 de M. Heinrich : MM. Gérard Dubrac, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 24 de la commission des affaires culturelles : Mme la rapporteure pour l'assurance vieillesse, M. le ministre délégué à la sécurité sociale. – Retrait.

Adoption de l'article 32 modifié.

Après l'article 32 (p. 6044)

Amendement n° 240 rectifié Mme Gallez : Mme la rapporteure pour l'assurance vieillesse, M. le ministre délégué à la sécurité sociale. – Retrait.

Amendement n° 240 rectifié repris par Mme Hoffman-Rispal : Mmes Danièle Hoffman-Rispal, Paulette Guinchard. – Rejet.

Amendement n° 368 du Gouvernement : MM. le ministre délégué à la sécurité sociale, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Pierre-Louis Fagniez. – Adoption.

Article 33 (p. 6045)

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

Amendement n° 210 de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 227 rectifié du Gouvernement : MM. le ministre délégué à la sécurité sociale, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n° 221 rectifié de M. Préel : MM. Jean-Luc Préel, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale, Mme Paulette Guinchard, M. Gérard Bapt. – Rejet.

Amendement n° 228 du Gouvernement : MM. le ministre délégué à la sécurité sociale, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n° 313 de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Adoption de l'article 33 modifié.

Article 34 (p. 6046)

Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Amendements identiques n°s 66 de M. Gilles et 80 de M. Vitel : MM. Philippe Vitel, Dominique Tian, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Amendement n° 314 de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 25 de la commission des affaires culturelles : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 26 de la commission des affaires culturelles : M. le ministre délégué à la sécurité sociale. – Adoption.

Amendement n° 315 de la commission des affaires culturelles. – Adoption.

Amendement n° 27 de la commission des affaires culturelles : M. le ministre délégué à la sécurité sociale, Mme Paulette Guinchard, M. Dominique Tian. – Adoption.

Adoption de l'article 34 modifié.

Article 35 (p. 6048)

Amendement n° 138 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre délégué à la sécurité sociale. – Rejet.

Adoption de l'article 35.

Article 36 (p. 6049)

M. Jean-Luc Prél, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Marie Le Guen.

Adoption de l'article 36.

Après l'article 36 (p. 6049)

Amendement n° 233 troisième rectification du Gouvernement : MM. le ministre délégué à la sécurité sociale, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Jean-Luc Prél, Gérard Bapt, Jean-Marie Le Guen. – Adoption par scrutin.

M. le ministre de la santé.

Article 37 (p. 6051)

MM. Jean-Luc Prél, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Marie Le Guen, Gérard Bapt.

Amendements de suppression n°s 140 de Mme Fraysse, 190 rectifié de M. Jean-Marie Le Guen et 211 de M. Prél : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé, Jean-Luc Prél. – Rejet par scrutin.

Amendement n° 222 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre de la santé. – Rejet.

Adoption de l'article 37.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

2. Ordre du jour des prochaines séances (p. 6057).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE Mme PAULETTE GUINCHARD,
vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

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

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (n^{os} 2575, 2609).

Discussion des articles *(suite)*

Mme la présidente. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'article 30.

Article 30

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 30.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Nous aurions besoin de temps pour explorer tous les problèmes posés par la nouvelle tarification à l'activité – qu'il s'agisse des établissements publics ou privés – et par le mécanisme de convergence.

Soyons clairs : je suis, depuis l'origine, favorable à un changement de tarification prenant en compte l'activité pour remplacer la dotation globale, qui pénalisait tous les établissements dont l'activité était en augmentation.

Cependant, la mise en œuvre de cette réforme s'avère très difficile. Ainsi, dans les établissements publics, le pourcentage du budget concerné par la T2A a été fixé à 25 %. En outre – et sans doute en êtes-vous conscient, monsieur le ministre –, jamais les budgets n'ont été aussi complexes à établir ni aussi technocratiques qu'en 2005. Il a fallu en effet jongler entre la dotation globale et la tarification à l'activité et tenir compte de différents coefficients. Jamais également leur adoption n'a été aussi tardive : au mieux, elle a eu lieu au printemps, la plupart des hôpitaux ayant attendu le mois de juin. Il aurait été nécessaire de rebaser les établissements du secteur public afin de remettre, dès l'origine, les compteurs à zéro, et de leur permettre de repartir sur des bases saines.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous indiquer quel sera le niveau de la T2A à atteindre dans les établissements publics en 2006 ?

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités. Pas encore !

M. Jean-Luc Prével. Alors que nous discutons du financement de la sécurité sociale, donner cette information représenterait un beau geste de votre part...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Cela relève du règlement !

M. Jean-Luc Prével. Autre question : comment seront définies les MIGAC et quel sera leur niveau ?

En instaurant la T2A, le ministre de l'époque, Jean-François Mattei, avait indiqué que les établissements bâtiraient leur budget en fonction de leur activité réelle. Tous l'avaient compris ainsi, et beaucoup avaient donc l'espoir de disposer d'un budget correspondant mieux à leur activité. Mais il est clair qu'appliquée de cette façon, la tarification à l'activité a des effets inflationnistes marqués. Pour les limiter, vous prévoyez des contrats d'objectifs et de moyens assortis de reversements ou de pénalités. On se dirige ainsi vers un système de budget global en plus complexe, voire vers un système proche des lettres clés flottantes que nous dénoncions naguère.

M. Jacques Domergue, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ah non !

M. Jean-Luc Prével. Reste le problème de la convergence, qui se situe à trois niveaux : convergence à l'intérieur du secteur privé, convergence entre établissements publics, et enfin convergence entre les deux secteurs. C'est la dernière qui pose le plus de problèmes.

En effet, la totalité du budget des établissements privés est aujourd'hui concernée par la T2A, si l'on excepte les honoraires des praticiens. En outre, de nombreuses cliniques rencontrent des difficultés financières en raison des restructurations et des mises aux normes qui se sont souvent révélées difficiles et onéreuses. Enfin, la rémunération du personnel y est, encore aujourd'hui, de 20 à 25 % inférieure à celle observée dans le public.

Il était prévu d'atteindre la convergence totale en 2012, avec un palier de 50 % en 2008. Le projet de loi que nous examinons supprime cette étape intermédiaire. Comment, dès lors, parvenir à atteindre l'objectif dans les délais prévus ? J'attends des éclaircissements sur ce point, monsieur le ministre. Pensez-vous reporter l'échéance à 2014 ou à 2015 ? La question est intéressante, même si elle semble laisser perplexe le président de la commission...

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Non, vous pensez juste, pour une fois ! *(Sourires.)*

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

M. Jean Leonetti. Espérons que son intervention sera plus claire et moins longue !

M. Philippe Vitel. Madame la présidente, monsieur le ministre, mes chers collègues, la mise en place de la tarification à l'activité, pour les établissements du secteur privé

comme du secteur public, est une mesure phare de la réforme de l'assurance maladie. Elle représente un enjeu majeur en ce qu'elle garantit la modernisation de l'hospitalisation publique et donc, à terme, sa sauvegarde.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Les établissements privés ont rempli leur contrat. Alors qu'on leur avait laissé très peu de temps, ils ont fait la preuve de leur sens des responsabilités et de leur très grand dynamisme, et ont finalement gagné ce pari.

En ce qui concerne l'hospitalisation publique, nous savions tous que le processus serait beaucoup plus long et difficile. Toutefois, l'échéance initiale, fixée à 2014, nous avait semblé trop éloignée. À l'occasion du vote du PLFSS pour 2005, elle avait donc été ramenée à 2012, avec un palier de 50 % en 2008.

Afin de m'informer sur l'avancée de la T2A dans le secteur public, j'ai lu avec attention le petit document que nous a fourni M. Évin – je l'en remercie au passage.

M. Claude Évin. Je n'y suis pour rien !

M. Philippe Vitel. Publié par la Fédération hospitalière de France, que préside notre collègue, il est intitulé : « Hôpitaux publics et cliniques privées : une convergence tarifaire faussée ».

La lecture de ce document, pour instructive qu'elle soit, ne permet pas d'être rassuré sur la réelle motivation du secteur public à se contraindre à la nécessaire mutation que représente la tarification à l'activité. N'y voyez aucune volonté de polémique, monsieur Évin, mais les exemples proposés pour soutenir votre raisonnement – par ailleurs fort intéressant – me semblent minutieusement, mais arbitrairement choisis dans le but de justifier à la fois les positions de votre fédération et la lenteur dont fait preuve le secteur public pour appliquer une réforme pourtant ô combien nécessaire.

Le principal outil de financement des établissements dans le cadre de la T2A est le groupe homogène de séjour – GHS –, traduction médico-économique, et donc tarifaire, des groupes homogènes de malades. On distingue aujourd'hui trois types de GHS, selon qu'ils sont homogènes, en partie ou complètement hétérogènes. Ces derniers, monsieur Évin, sont les seuls qui vous intéressent dans votre raisonnement. Dès lors, il est facile de montrer, à partir de ces exemples bien choisis, que le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux et les moins rentables, et dépense donc nécessairement plus que les cliniques privées.

En ce qui concerne la mauvaise évaluation des missions d'intérêt général, je suis assez d'accord avec votre démonstration, même si vous ignorez totalement celles qu'exerce le secteur privé.

Je suis convaincu que l'hôpital à tout intérêt à accélérer le passage à la tarification à l'activité. En effet, sa généralisation permettra d'identifier beaucoup plus facilement les missions spécifiques d'intérêt général, dans la mesure où la comparaison entre les secteurs public et privé pourra se faire de façon totalement objective. Je suis donc intimement convaincu de la nécessité de maintenir les objectifs de 50 % de T2A en 2008 et de 100 % en 2012. Ils sont justifiés et légitimes.

Aujourd'hui, l'hôpital public doit vivre cette mutation comme un challenge et non comme une contrainte. Il a tout à y gagner, puisqu'il pourra alors objectivement démontrer son niveau d'excellence et de performance, ce qui n'apparaît pas aujourd'hui tout à fait évident aux yeux de nos compatriotes. En ce sens, la T2A en garantit la sauvegarde.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 30, un des points essentiels de ce projet de loi, poursuit l'implacable mise en œuvre de la T2A et de la convergence entre public et privé qui apparaît de plus en plus inconcevable en raison de la spécificité très différente des deux entités que vous souhaitez rapprocher à tout prix.

Il s'agit de mettre sur le même plan de financement, et pour « parler T2A », de rémunération des groupes homogènes de séjour, les établissements de santé, qu'ils soient commerciaux ou non.

Nous nous sommes longuement exprimés sur cette mesure. Dans un document très clair, la FHF explique parfaitement qu'il est incohérent de rapprocher les financements du public et du privé sans distinction.

Les tarifs du privé et du public ne sont pas bâtis suivant les mêmes critères : l'une des différences fondamentales et pénalisantes pour l'hôpital concerne la rémunération des médecins. Lorsqu'ils sont salariés de l'hôpital, leur salaire est incorporé dans le tarif, ce qui n'est pas le cas pour les honoraires des médecins libéraux des cliniques commerciales.

Dans le public, l'essentiel du coût est intégré et non externalisé : il est dû à des prestations réalisées pendant les séjours. À l'inverse, dans le secteur du privé, la part des examens biologiques et d'imagerie est extrêmement faible, car ils sont souvent réalisés en dehors des cliniques, dans des cabinets de radiologie et des laboratoires.

En médecine, le secteur public reçoit près de 80 % des hospitalisations tandis que les cliniques privées ne prennent en charge que les pathologies, comme les endoscopies et les coronarographies. Cette médecine est donc très instrumentale.

En chirurgie, en revanche, le secteur privé prend en charge plus de 55 % des hospitalisations complètes et 90 % de la chirurgie ambulatoire. Cette répartition d'activité n'est évidemment pas sans conséquences sur les tarifs. La planification des interventions et la mise en place de protocoles aboutissent à une optimisation des prises en charge, ce qui explique le coût souvent supérieur de l'hôpital public pour une même pathologie. Si on prend l'exemple d'un ou deux groupes homogènes de séjour, c'est-à-dire la rémunération unique pour un ensemble de pathologies, on s'aperçoit que les cliniques commerciales ne prennent en charge que les plus simples, laissant les plus lourdes, donc les plus coûteuses, à l'hôpital.

Dans les GHS, par exemple, le privé absorbe 74 % des sinusites chroniques, contre 26 % au public. En revanche, le public assume 67 % des tumeurs ORL, contre 33 % pour le privé. Quant aux interventions chirurgicales portant sur l'ORL, 56 % des pathologies dento-faciales sont assurées par le privé et 44 % par le public, car moins coûteuses, en revanche, celui-ci prend en charge 85 % des stomatites. Ces exemples sont suffisamment démonstratifs du caractère inopérant et inégalitaire de ce mode de rémunération.

En outre, il faut également prendre en compte l'action sociale de l'hôpital qui échappe à l'activité commerciale. Les profils différents des patients, même s'ils sont minoritaires, expliquent les différences de coût. Ainsi, le public prend davantage en charge les personnes très âgées, de plus de quatre-vingt-cinq ans, ou, à l'autre bout de la vie, les grands prématurés qui exigent des soins très coûteux et de longue durée.

L'hôpital accueille tous les usagers quelle que soit leur situation sociale. Cette obligation essentielle du service public hospitalier a évidemment une incidence directe sur ses coûts en termes de durée de séjour, de poly-pathologies et de créances irrécouvrables, dans certains cas.

Par ailleurs, l'hôpital finance les services sociaux – les assistantes sociales, par exemple – sur son propre budget, ce qui est l'une de ses spécificités.

La permanence des soins n'est pas un détail. L'activité de garde sur place que l'on ne retrouve quasiment pas dans les établissements privés peut représenter une charge très importante pour les hôpitaux : cela va d'une vingtaine de gardes ou astreintes dans un gros centre hospitalier à plusieurs dizaines de gardes et d'astreintes chaque nuit dans les CHU. Ce coût est considérable pour l'hôpital, car l'activité ne peut pas, bien sûr, dans ces conditions et c'est normal, être optimisée. On prend les patients quand ils arrivent, ce qui nécessite de disposer d'équipes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, 365 jours sur 365. Cela coûte cinq fois plus cher qu'une activité diurne les jours ouvrables.

Le terme « urgences » dissimule des réalités très différentes. Les services d'urgence les plus complets sont les SAU, assurés par 280 hôpitaux publics et trois cliniques privées. Les autres services, tels que les UPATOU, ne permettent qu'une première prise en charge, qui se traduit souvent par une réorientation en cas de difficultés vers des SAU publics. Si ces différents services d'urgences sont complémentaires, ils ne sont pas comparables et il est évident que les SAU, indispensables à la collectivité, sont à la charge des hôpitaux.

Les hôpitaux participent à de multiples actions de santé publique, à l'accueil et à la formation des étudiants, ce qui consomme du temps et qui est souvent sous-estimé, voire oublié, dans les budgets relatifs aux missions d'intérêt général : centres de planning familial, soins dentaires pour les plus démunis, formation en diabétologie... Tous ces éléments échappent au mode de calcul des budgets des hôpitaux dans le cadre de la T2A. Ils ne sont donc pas pris en compte dans le rapprochement que vous voulez opérer. Un rapprochement, pourquoi pas ? Une complémentarité, pourquoi pas ? Mais on ne peut pas vouloir à tout prix aligner l'hôpital public sur le mode de fonctionnement et de rémunérations du service privé. Cette convergence est irréaliste, car elle accentuera les difficultés financières de l'hôpital et mettra à mal notre tissu public hospitalier.

Pour toutes ces raisons, nous demanderons la suppression de cet article 30.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Évin.

M. Claude Évin. Monsieur Vitel, j'assume, en effet, la responsabilité de la Fédération hospitalière de France. Il n'y a là aucune connotation politique, puisque son conseil d'administration est composé de représentants de tous les groupes politiques et adopte ses positions à l'unanimité.

Dans un débat qui se doit d'être précis, j'exprime la préoccupation de nombre d'hospitaliers, pas tous, bien sûr, mais au moins ceux de l'hôpital public auquel, je l'espère, nous sommes tous ici très attachés.

Nous avons déjà débattu à plusieurs reprises, lors de l'examen des projets de loi précédents, de la mise en place du nouveau mode d'allocation de ressources. Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Passer d'une dotation globale à une tarification à l'activité ne suscite pas de divergences entre nous. J'en veux d'ailleurs pour preuve le premier texte de loi – la loi hospitalière de 1991 – qui fonde historiquement ce que l'on appelait alors la tarification à la pathologie. Elle prévoyait une expérimentation sur cinq ans. Comme rien n'a été fait entre 1991 et 1996, en la matière, la loi de 1999 portant création de la CMU a réintroduit, dans son titre IV, la base législative permettant la mise en place de la tarification à l'activité.

C'est, en revanche, sur les modalités de mise en œuvre de cette mesure qu'il y a effectivement débat. Je comprends tout à fait l'esprit qui a pu animer les choix de Jean-François Mattei en 2002. Reconnaissez que mes propos sont nuancés. L'application de ce dispositif au 1^{er} janvier 2004 nous a privés de toute expérimentation. Je peux comprendre, même si je l'ai critiquée, la décision du gouvernement de l'époque. En effet, plus de dix ans après les premiers textes de loi, devant l'absence de résultat, on se décide à agir. Toutefois, la mise en place trop rapide d'un nouveau mode d'allocation de ressources ne pouvait générer que des effets pervers, certes normaux, mais qu'il aurait été préférable de mesurer, ce que n'a pas fait le Gouvernement. Or nous commençons à les percevoir aujourd'hui. Si nous ne les maîtrisons pas dès maintenant, nous risquons de rencontrer, demain, des difficultés ! Tel est l'enjeu du débat et de cet article 30.

Les tarifs doivent-ils être identiques dans le public et le privé ? Ce débat, même s'il a été affiché dans la loi, mérite qu'on y réfléchisse de nouveau. Nous sommes, en effet, partis d'un *a priori* intellectuellement recevable qui consiste à sanctuariser l'ensemble des missions d'intérêt général et de service public, les particularités des uns et des autres, dans les MIGAC – missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Toutes choses étant égales par ailleurs, une intervention identique dans un hôpital privé ou public devrait avoir le même coût. Malheureusement, la réalité est différente et on ne peut totalement isoler dans l'enveloppe MIGAC l'ensemble des particularités et des missions de l'hôpital public, dont il faut assurer le financement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est ce qu'il faut analyser !

M. Claude Évin. Je vais y revenir.

Nous en sommes là aujourd'hui, nous allons à marche forcée vers un objectif qui est d'avoir, à terme, pour la même intervention, un même tarif dans le public et dans le privé. Je vous demanderai lors de l'examen des amendements, et vous pouvez donc préparer la réponse, ce que veut dire réellement un objectif de 50 % en 2008. Ce sont 50 % de quoi ? Comme on ne sait pas quel sera le tarif final en 2012, on ne sait pas à quoi ça correspond. Vous pourrez peut-être me l'expliquer tout à l'heure, monsieur Domergue. Si vous arrivez à éclairer l'ensemble des intervenants à ce sujet, vous ferez œuvre utile.

Cela dit, il y a des différences, objectives, et l'on pourrait considérer que, pour des raisons diverses, on peut tarifier de manière différente. Ainsi, le statut de la fonction publique hospitalière entraîne un coût plus élevé que les rémunérations relevant de la convention collective. Il existe un repos de sécurité pour les praticiens hospitaliers qu'il n'y a pas pour les médecins libéraux.

Pour réaliser 80 % de son activité, un hôpital public doit produire en moyenne 117 GHS sur les 750. Une clinique privée, elle, n'a besoin d'en produire que 56. On n'a donc pas la même structure d'activité dans les uns et les autres, et

je ne vais même pas regarder GHS par GHS, ce qui permettrait de constater qu'on ne fait pas réellement la même chose.

Pour toutes ces raisons, sans abandonner l'objectif, et nous aurons l'occasion d'en rediscuter, il est nécessaire de bien regarder ce qui fait la différence. C'est vrai, monsieur Door, qu'il y a une méconnaissance de part et d'autre. Les travaux sur la méthodologie d'élaboration d'une échelle des coûts commune entre le public et le privé ne sont pas terminés, c'est-à-dire qu'on ne sait pas quels sont les coûts des actes dans le public et dans le privé.

Vous voyez donc quel travail il y a à faire. Si nous ne prenons pas garde aux effets pervers, il y en aura deux sur lesquels j'appelle votre attention. Si les missions de service public de l'hôpital ne sont plus financées demain, qui les assurera ? Par ailleurs, si la convergence conduit à un rattrapage des tarifs, qui peut imaginer réellement qu'on baissera ceux du public – le secteur privé dit en effet qu'il est 40 % moins cher, encore faudrait-il définir ses tarifs puisqu'il n'y met pas les honoraires – sans toucher à l'emploi, alors que 70 % des budgets hospitaliers sont représentés par les dépenses de personnel ? Si la convergence se fait en augmentant les tarifs des cliniques, qui peut dire aujourd'hui que le déficit actuel de l'assurance maladie pourra le supporter ?

Je souhaiterais, monsieur le ministre, que vous nous communiquiez le rapport de l'IGAS sur la mise en place de la T2A. Je crois qu'il conclut qu'elle est particulièrement inflationniste.

Si au moins je pouvais vous sensibiliser à l'un de ces effets pervers, je n'aurais pas fait œuvre inutile ce soir.

M. Gérard Bapt. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission des affaires culturelles.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Je n'avais pas prévu d'intervenir, mais je me sens obligé de le faire. Je ne vais pas intervenir sur le plan technique parce que je pense que Jacques Domergue comme Jean-Pierre Door ont des arguments très précis, qui vont probablement à l'encontre de ce que Claude Évin vient de dire.

M. Gérard Bapt. Probablement !

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Il y a un vrai problème, qu'a soulevé M. Vitel, c'est ce qu'est devenue la fédération hospitalière de France. Tous les orateurs en ont parlé, et c'est la raison pour laquelle je me permets d'en dire un mot.

Nous sommes un certain nombre à penser qu'elle a pris la dimension pour le moins d'un groupe de pression, vu le nombre de communiqués, d'amendements qu'on reçoit systématiquement avant chaque texte. On peut se demander si ce n'est pas devenu un syndicat de l'administration hospitalière. On peut même se demander si, à certains moments, ce n'est pas devenu une machine politique en train de s'organiser pour préparer des échéances à venir. Il y a quelques jours, nous étions un certain nombre à être présents lors de l'audition par la MECSS d'un de ses hauts responsables. Il a mis en cause plusieurs ministres de la santé, notamment Jean-François Mattei, dans des conditions inacceptables. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. C'est une caste !

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Cela dit, oublions les aspects politiques puisque son président est un homme très respectable, pour lequel j'ai beaucoup d'estime, il le sait. En 1991, au moment de la discussion de sa loi, je siégeais parmi les non inscrits et j'ai travaillé avec lui d'une façon qui me semble positive. Il a souligné que, malheureusement, cette loi qui avait beaucoup de sens n'a pas été beaucoup appliquée.

M. Claude Évin. Ce n'est pas le sujet !

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. La question, monsieur Évin, est de savoir pourquoi une telle machine n'est pas capable de mettre en œuvre des réformes qui sont votées depuis des années.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. C'est le vrai problème ! C'est une machine à ralentir les réformes !

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Pourquoi l'excellente réforme de 1991 qui a mis en place les départements n'a-t-elle pas été appliquée ?

C'est facile de dire que les médecins sont très individualistes, ce qui est vrai, qu'ils sont très corporatistes, ce qui est vrai,...

M. Paul-Henri Cugnenc. Accessoirement, ils soignent les malades !

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. ... mais il y a tout de même des moyens pour une administration efficace de mettre en place ces départements. Pourquoi, en 1996, les centres de responsabilité n'ont-ils pas été mis en place comme la loi le prévoyait ? Pourquoi mon amendement « liberté », à la loi de 1991, n'a-t-il jamais abouti ? Il y a tout de même de véritables questions à se poser.

Après les aspects syndicaux, politiques, et l'inertie ou l'incapacité, voulue ou non, à faire appliquer des décisions, j'en viens au fond du problème.

Pourquoi l'hôpital public existe-t-il ? Pourquoi un certain nombre d'entre nous ont-ils fait le choix, alors que nous aurions pu faire autre chose, d'aller à l'hôpital public ? C'est parce que, selon nous, il a des missions spéciales, mais je pense que les rapporteurs vont intervenir sur ce point. C'est aussi parce que cet hôpital public a une mission formidable qui est de s'occuper des malades. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Il y a une dizaine d'années, j'ai écrit un livre qui s'appelait *L'Hôpital a oublié l'homme*. Aujourd'hui, je pense que c'est pire, et je n'en veux comme exemple précis que la campagne contre les incivilités déclenchée par la Fédération hospitalière de France.

C'est vrai qu'il y a des incivilités à l'hôpital, on est tous d'accord, mais la question à se poser, c'est pourquoi il y en a. Quand les gens sont inquiets, quand ils ont peur, qu'ils sont malades, qu'ils souffrent et qu'on les fait attendre, quand ils ont l'impression d'être dans une structure inorganisée, c'est normal qu'ils réagissent quelquefois de façon violente. Et que s'est-il passé ? Au lieu d'essayer de trouver les raisons et d'améliorer la situation, la FHF a fait une campagne contre les incivilités. Franchement, cela a été très mal vécu à l'intérieur de l'hôpital par un grand nombre de personnels qui sont au contact des patients. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour avis. Bravo !

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

M. Dominique Tian. Juste deux mots parce beaucoup de choses ont été dites et que le président Dubernard a en quelque sorte conclu ce débat.

Construire la T2A a été un énorme travail pour une partie de cette profession. Les cliniques privées, qui avaient les mêmes obligations légales, s'y sont attachées. Cela a représenté pour elles un coût assez élevé, cela leur a demandé en tout cas un effort humain et financier qui a donné des résultats. On peut tout de même s'étonner que l'hôpital public, qui avait le même laps de temps et au moins autant de moyens, n'ait pas trouvé le temps ou les moyens nécessaires parce que, après tout, ce n'est pas si difficile que ça. Les cliniques chirurgicales font un travail extrêmement technique et complexe qui demande beaucoup de moyens humains, et un grand nombre d'entre elles sont arrivées à une T2A et à un PMSI que chacun peut apprécier.

Il ne faut pas oublier que ce secteur a fait un énorme effort de restructuration puisqu'un tiers environ des cliniques françaises ont disparu ou se sont regroupées. De nombreux établissements ont donc su faire des sacrifices sur le plan humain et sur le plan financier et ont réalisé une mutation.

Il ne s'agit pas de relancer la guerre dépassée entre public et privé.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous entendez, monsieur Dubernard ?

M. Dominique Tian. On n'est plus à l'époque où l'on pensait que le privé avait toujours tort et ne soignait que les riches et que le public ne soignait que les pauvres et gérait très bien. Chacun sait que la vérité est assez différente et que la guerre est enterrée.

Ce que veulent nos concitoyens, c'est plus de transparence bien évidemment, plus de vérité des prix. Ils veulent aussi qu'un certain nombre de normes s'imposent à tout le monde, et je pense aux maladies nosocomiales ou au rôle des médecins. L'hôpital public n'est pas exempt de tout reproche, le privé non plus. De toute façon, vu la montée normative, les exigences de nos concitoyens, la montée de la pénalisation et des plaintes, les directeurs d'hôpital comme les présidents de l'Assistance publique, qui sont les maires, seront de plus en plus obligés de procéder à des mutations, et cela passe notamment par la transparence.

M. Évin parlait de convergence, M. Préel aussi. Je ne sais pas si l'on va faire converger le public ou le privé parce que chacun a compris que cela peut poser des problèmes et qu'il y a un risque. N'oublions pas que l'hospitalisation privée a déjà fait un énorme travail, qu'elle s'est restructurée en grande partie, qu'elle a abandonné des lits, qu'elle a payé des taux de change. Demander aux privés de converger entre eux, c'est condamner à mort une partie de cette profession qui est pourtant bien utile. Alors ne prenons pas le risque de faire mourir des établissements privés en leur demandant de converger. Prendre les établissements surdotés et les établissements sous-dotés pour faire une moyenne, ce serait probablement la pire décision qu'on pourrait prendre. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre de la santé et des solidarités.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Sur ce sujet, beaucoup d'orateurs se sont exprimés, et je vais vous expliquer dans quel esprit le Gouvernement a rédigé cet article.

Il n'est pas question de renoncer à la convergence en 2012, mais il ne faut pas non plus trop s'attacher à des symboles. Ce n'est pas parce que ne figure pas la date de 2008 qu'il est question de renoncer à quoi que ce soit.

L'ensemble des parlementaires, mais aussi les différents élus locaux qui siègent dans les conseils d'administration d'un grand nombre d'hôpitaux veulent aujourd'hui y voir clair et, je l'assume, on ne peut pas dire que l'année 2005 ait été marquée du sceau de la lisibilité.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Quand j'ai pris mes fonctions, je me suis engagé à redonner de la lisibilité à l'ensemble des acteurs et notamment aux acteurs hospitaliers. C'est ce que j'ai fait, notamment pour les différentes campagnes budgétaires. Cela m'a permis de tordre le cou à l'idée selon laquelle les trois quarts des établissements seraient dans le rouge. Quand vous votez un ONDAM comme l'an dernier et comme cette année en progression de plus de 3 % pour l'hôpital, ce sont 2 milliards d'euros de plus qui sont investis pour le fonctionnement de l'hôpital, à l'hôpital et pour l'hôpital.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Ce n'est pas rien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ne dites pas qu'il y a pénurie de moyens à l'hôpital public. Et quand je dis 2 milliards, c'est plutôt 2,5 milliards, avec un dépassement pour l'année 2005 que j'assume. L'ONDAM pour 2006 sera donc véritablement de 3,44 %.

Je ne suis doué ni pour la sémantique ni pour les batailles de chiffres, ce qui m'intéresse c'est que cet ONDAM de 3,44 % nous permette de moderniser l'hôpital au sens large, c'est-à-dire les cliniques privées, les PSPH que l'on oublie parfois un peu trop facilement, et l'hôpital public.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Il ne faut pas oublier non plus les 10,5 milliards du plan « Hôpital 2007 ».

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je parlais du fonctionnement, et non de ce qui relève du plan « Hôpital 2007 ». À cet égard, je salue l'engagement de Jean-François Mattei qui a porté cette réforme indispensable. Et il faut que les professionnels hospitaliers sachent que la représentation nationale et le Gouvernement s'engagent totalement à leurs côtés dans cette œuvre de modernisation.

Il ne s'agit pas d'ajouter une couche supplémentaire aux mille-feuilles des réformes à l'hôpital, mais de faire vivre ces réformes sur le terrain. À l'issue du projet de loi de financement de la sécurité sociale, je vous présenterai de nouvelles orientations, pour aller au-delà du plan « Hôpital 2007 », car ce n'est pas en 2007 qu'il faudra penser à la suite.

La gouvernance, les complémentarités entre établissements, avec les SROS, autant de chantiers qu'il est indispensable de mener à bien.

S'agissant de la tarification à l'activité, je n'ai guère rencontré d'opposition depuis que j'ai pris mes fonctions. Tout le monde souhaite davantage de transparence et ceux qui regrettent le budget global sont les mêmes qui s'y opposaient lorsque nous avons abandonné la tarification au prix de journée.

Au-delà de son taux, qui sera communiqué à la fin de l'année – nous sommes dans le domaine réglementaire : je ne fais aucun mystère, monsieur Préel, mais j'ai vraiment besoin d'y voir clair, – ce qui m'importe, c'est le contenu. À une convergence précipitée, je préfère une convergence

réussie. Même si la convergence doit être au rendez-vous en 2012, nous avons besoin de connaître les missions d'intérêt général de l'hôpital et les moyens financiers qui leur seront dévolus. Je n'ai pas la conviction que nous disposions des sommes prévues à l'origine pour les MIGAC. Mais ne nous y trompons pas, les efforts de modernisation et les impératifs de bonne gestion de l'assurance maladie, ne nous permettent pas d'augmenter les MIGAC, et d'augmenter en même temps fortement le taux des T2A. Car si la T2A est une excellente chose – et personne ne me l'enlèvera de l'esprit – elle n'en est pas moins au départ inflationniste.

Je ne vous propose ni de faire une pause ni de renoncer à la convergence, mais d'y voir clair. Je vais recevoir un rapport de l'IGAS que je vous communiquerai dès la fin de l'année 2005 afin que, dès le début de l'année 2006, nous puissions mettre en place une mission sur les coûts. Ainsi, nous saurons exactement ce qui est à la charge de l'hôpital et des cliniques, et nous pourrons nous mettre d'accord. Que les différents acteurs cessent de s'opposer, de façon parfois un peu factice, pour ne voir qu'une seule et même chose : la nécessité de moderniser de l'hôpital.

Tel est l'esprit dans lequel cet article a été rédigé. Je comprends que, tout comme l'hôpital, il déchaîne beaucoup de passions. Mais je pense qu'il faut aussi savoir nous rassembler pour moderniser notre système de soins. Et j'ai la conviction que vous êtes tous d'accord. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. Je suis saisi d'un amendement n° 134.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour le soutenir.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous sommes tous attachés à l'hôpital public, et nous sommes ouverts à la complémentarité entre secteurs public et privé. Néanmoins, comme vous l'avez regretté vous-même, monsieur le ministre, tout cela manque un peu de transparence.

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'ai parlé de lisibilité, et pour l'année 2005. Vous en aurez davantage en 2006.

Mme Jacqueline Fraysse. La transparence fait également défaut. Par ailleurs, je ne partage pas votre optimisme quant au financement des hôpitaux. Vous le savez d'ailleurs mieux que moi parce que vous êtes harcelé de rendez-vous par les présidents des conseils d'administration des hôpitaux qui sont en déficit chronique.

C'est le cas, dans ma circonscription, mais le maire ne demande pas de rendez-vous.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Voilà à quoi servent les maires, maintenant !

Mme Jacqueline Fraysse. L'hôpital Foch est en déficit et l'ARH exige non seulement que 260 postes y soient supprimés, mais également que l'on y parvienne à une meilleure rationalisation et à une meilleure rentabilité. On se fixe un objectif plus élevé alors qu'il manque 260 personnes.

Certes, il faut rationaliser et mieux s'organiser. Mais qu'en est-il de tous ces hôpitaux qui sont en déficit chronique et pour certains endettés et qui utilisent une partie de leurs moyens à engraisser les banques ? Donnez-moi au moins acte, monsieur le ministre, que ce problème est réel et qu'il ne s'agit pas d'une invention de l'opposition ou de tel élu qui se sent obligé de défendre son hôpital. C'est bien une

réalité concrète. D'ailleurs, près de un milliard du budget pour 2005 n'aurait pas encore été distribué et les hôpitaux attendent.

À cela vient s'ajouter le plan « Hôpital 2007 » – qui ouvre au capital privé les financements du bâti et de l'équipement de l'hôpital public – et l'introduction de la T2A.

Il s'agit donc de créer les conditions pour que se mette en place, dans les établissements de soins et particulièrement les hôpitaux, une façon différente de raisonner. M. Dubernard disait tout à l'heure que l'hôpital a oublié l'homme : vos orientations ne vont rien arranger.

M. Paul-Henri Cugnenc. C'est excessif !

Mme Jacqueline Fraysse. En mettant les hôpitaux en concurrence, nous introduirons des déséquilibres. Certains lieux seront prisés, et peut-être même serons-nous confrontés à une guerre des salaires en raison de l'établissement de pôles de compétences. Ces orientations, essentiellement d'ordre économique, ne peuvent conduire qu'à des déséquilibres accrus dans l'offre et la qualité de soins, et dans la répartition des établissements sur le territoire.

Pour toutes ces raisons il ne nous paraît pas opportun d'adopter cet article.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 134.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a émis un avis défavorable.

Si vous le permettez, madame la présidente, j'exprimerai mon point de vue sur le problème de la convergence et sur celui de l'hôpital en général.

Alors que nous nous engageons dans une vraie réforme du secteur hospitalier, nous ne devons plus raisonner en termes d'opposition entre secteurs public et privé, mais en termes de complémentarité car l'offre de soins est globale. Si nous maintenons cette opposition nous ne pourrions pas régler la question d'une offre de soins complémentaire, efficace et adaptée aux possibilités de financement dont nous disposons.

Ce qui a changé, c'est que nous sommes passés d'un système de financement fondé, pour les établissements privés, sur le prix de journée et, pour les établissements publics, sur le budget global. Avec la tarification à l'activité, nous nous orientons vers un rapprochement des deux modes de financement.

Monsieur Évin, vous avez affirmé que la T2A aurait des effets pervers parce qu'elle est inflationniste.

M. Claude Évin. C'est aussi ce qu'a dit le ministre.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais rappelez-vous qu'il en a été de même lorsque nous avons proposé de financer les établissements en partie sur la base du PMSI. Si nous continuons ainsi, nous n'aurons pas les moyens d'inciter l'hôpital public à évoluer vers une plus grande efficacité. D'ailleurs cette notion, dès qu'elle est évoquée dans un établissement public, fait peur, comme si on en était totalement dispensé.

Il nous faut évaluer réellement les MIGAC, c'est la clé de tout. On ne pourra pas imaginer un système de convergence, tant qu'on ne l'aura pas fait. Si les MIGAC ne sont pas évaluées à leur niveau réel, il ne sera pas possible de

comparer les tarifs entre hôpitaux publics et privés. Quand j'entends dire que les MIGAC représenteront environ 13 % des budgets hospitaliers, je me dis que l'on est sûrement très loin du compte.

Parce que le budget n'est pas extensible, il est indispensable de faire en sorte que l'organisme payeur, l'assurance maladie, puisse financer au plus juste prix.

Lors de l'audition de la Fédération hospitalière de France, vous nous avez dit que vous pouviez faire mieux, monsieur le ministre, mais à la condition, de pouvoir jouer sur l'emploi. Aujourd'hui, nous pouvons faire mieux que cela. La Fédération hospitalière de France est d'accord pour considérer que, dans certains hôpitaux, des activités, comme par exemple la chirurgie, pourraient être interrompues. Ce ne sont pas les hôpitaux qui doivent être fermés, mais des marges de manœuvre qui doivent être dégagées. En mettant en place de vraies réorganisations, nous pourrions obtenir des lits supplémentaires pour les soins de suite et pour les personnes âgées. Nous en manquons et nous n'avons pas les moyens de réaliser les nouveaux établissements qui sont nécessaires. Mais ces établissements nous les avons, à condition de faire les reconversions et les réorganisations.

Monsieur le ministre, il est donc indispensable de prôner la convergence et de faciliter la montée en charge de la tarification à l'activité dans tous les hôpitaux publics.

On confond trop aujourd'hui montée en charge de la TAA et convergence des tarifs, et cela trouble les esprits. Mais si nous supprimons l'objectif intermédiaire du taux de 50 % de convergence des tarifs public-privé réalisés en 2008 – et les outils pour atteindre cet objectif seront disponibles au plus tard dans l'année qui vient – on risque de ne pas atteindre l'objectif final, qui est la convergence totale en 2012.

Il faut, monsieur le ministre, que nous continuions dans cette voie, en encourageant les hôpitaux publics à se réorganiser et à faire preuve d'inventivité, pour mettre fin aux blocages de toutes sortes.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Très bien !

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je pense par exemple à la nécessaire adaptation du statut des praticiens hospitaliers, qui interdit aujourd'hui, par un égalitarisme très démotivant, de rémunérer un praticien à hauteur de son activité.

Il faut, dans un esprit de rapprochement et de complémentarité, instaurer dans les deux secteurs, à côté d'une rémunération forfaitaire sur une base salariale, une rémunération incitative proportionnelle à l'activité. C'est le seul moyen de s'en sortir.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 134.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 75, 87 et 98.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour défendre l'amendement n° 75.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 87.

M. Dominique Tian. Avec cet amendement nous sommes au cœur de notre sujet. Il a en effet pour objet de fixer les priorités qui doivent guider les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation dans la modulation du taux de convergence des établissements. Il s'agit surtout d'améliorer la situation financière de certains établissements, qui suscite nos inquiétudes, comme cela a été dit.

Cet amendement garantit par ailleurs que la revalorisation des tarifs et du coefficient de transition de l'établissement n'aura pas pour effet d'annuler l'évolution annuelle des tarifs, qui n'est déjà pas très favorable. Cette mesure, agissant en quelque sorte comme un filet de protection, empêchera du moins une baisse des tarifs.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 98.

M. Jean-Luc Prével. Il est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. L'avis du Gouvernement est également défavorable, monsieur Tian. Cet amendement, qui vise à garantir un niveau de ressources aux établissements, aurait pour conséquence de modifier l'économie générale du dispositif de convergence intrasectoriel.

La mesure que vous proposez rompt également avec le principe de neutralité financière de la réforme pour l'assurance maladie. Elle serait en outre contraire à l'équité, en permettant à des établissements qui ont bénéficié d'avantages tarifaires temporaires, spécifiques au regard de leur activité, de voir ces avantages pérennisés.

Enfin la loi renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les modalités d'application de la convergence. Ce décret devra être modifié d'ici la fin de l'année, pour tenir compte des modifications qui seront introduites par la présente loi. Le Gouvernement s'engage à y préciser les modalités d'évolution du coefficient de transition, notamment en cas de regroupement total d'établissements sur un même site.

Je souhaiterais donc, messieurs les députés, que vous retiriez vos amendements, faute de quoi je serai contraint d'en demander le rejet.

Mme la présidente. Vous maintenez vos amendements, monsieur Vitel et monsieur Tian ?

M. Dominique Tian et M. Philippe Vitel. Nous les retirons.

Mme la présidente. Les amendements n°s 75 et 87 sont retirés.

Et vous, monsieur Prével, maintenez-vous votre amendement ?

M. Jean-Luc Prével. Je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 98 est retiré.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je tiens à vous remercier, messieurs les députés, d'avoir bien voulu retirer ces amendements.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n^{os} 76, 88 et 100.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n^o 76.

M. Philippe Vitel. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 88.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour défendre l'amendement n^o 100.

M. Jean-Luc Prél. Il est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable également. Une progression régulière de la fraction tarifaire est d'ores et déjà assurée dans le cadre de la réforme du financement des établissements de santé, avec l'objectif que 100 % du budget global soient concernés par la tarification à l'activité en 2012. Imposer une progression annuelle uniforme pour l'ensemble de la période de montée en charge du dispositif ne m'apparaît pas justifié : il convient en contraire, surtout dans les premières années, comme je l'ai expliqué tout à l'heure, de nous laisser une marge d'appréciation.

Nous devons concilier ambition et pragmatisme. Il n'est pas question de rester dans le statu quo par rapport au niveau atteint en 2005 ; mais la progression, au lieu d'être obligatoirement uniforme, doit pouvoir être ralentie ou accélérée autant que de besoin.

Voilà pourquoi je propose à l'Assemblée de repousser ces amendements s'ils ne sont pas retirés.

Mme la présidente. Qu'en pensez-vous, monsieur Vitel ?

M. Philippe Vitel. Je suis d'accord pour retirer mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n^o 76 est retiré.

Retirez-vous votre amendement, monsieur Tian ?

M. Dominique Tian. Je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n^o 88 est retiré.

Qu'en est-il de votre amendement, monsieur Prél ?

M. Jean-Luc Prél. Je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n^o 100 est retiré.

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je voudrais encore une fois vous remercier, messieurs les députés. (*Exclamations sur les bancs du groupe des député-e-s communistes et républicains et du groupe socialiste.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Remerciez-les une fois pour toutes.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. C'est un jeu de rôles !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Personne n'est là pour jouer ! C'est parce que je sais que ces amendements traduisent une volonté de lisibilité que je tiens à expliquer les

motifs pour lesquels le Gouvernement n'y est pas favorable. Je reconnais que vos préoccupations sont légitimes, mesdames et messieurs les parlementaires, et je suis sensible à la confiance que vous nous accordez. Nous ferons en sorte de nous montrer à la hauteur. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 51 et 77.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n^o 51.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. L'article 30 aménage la mise en œuvre de la T2A sans remettre en cause l'échéance de 2012, mais en supprimant le point de repère à mi-parcours de 2008. Le présent amendement vise à maintenir la disposition selon laquelle « L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008. » Il y va de la crédibilité de cette réforme.

Nous voulons par cet amendement lancer un signal clair : cette réforme n'est pas seulement une nécessité, elle est aussi une chance pour l'hôpital public. Elle permettra en effet son adaptation aux exigences nouvelles de qualité et de sécurité. Elle lui permettra également de s'inscrire dans une logique d'utilisation optimale des moyens considérables mobilisés au sein de l'ONDAM.

Je rappellerai, après M. le ministre, que l'enveloppe mise à la disposition de l'hôpital a augmenté de 2,5 milliards d'euros en 2005.

M. Gérard Bapt. De l'hôpital public et du secteur privé !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Personne ne peut dire qu'on étrangle l'hôpital !

Il ne faut donc pas remettre en cause la montée en charge de la TAA, qui est un des outils de cette modernisation par le biais de la restructuration interne en fonction de l'activité réelle.

Les directeurs de CHU pourront poursuivre la mise en place de la TAA de façon à arriver en 2006 à un taux de convergence des tarifs de 40 % à plusieurs conditions : la stabilité des tarifs, qui ne doivent pas connaître de baisse en cours d'année, au plus tard en 2007 ; la stabilité de la liste des dispositifs ou des médicaments coûteux rémunérés en plus des groupes homogènes de séjour ; une meilleure évaluation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Cette réforme doit permettre à l'hôpital de changer de logique, afin que les meilleurs soient récompensés, et pas seulement ceux qui, renonçant à tout effort de modernisation, se contentent, quand ça va mal, de mobiliser leurs élus pour obtenir des moyens supplémentaires.

Cela ne signifie pas qu'il faut laisser sur le bord du chemin ceux qui sont en difficulté.

Mme Jacqueline Fraysse. Ah bon ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Il faut au contraire les accompagner en leur fixant des objectifs clairs de modernisation et de restructuration, et c'est le rôle des ARH.

J'ai dit qu'il faudrait récompenser les praticiens qui s'engagent résolument dans la voie de la maîtrise médicalisée. Ce principe du mérite doit également s'appliquer à l'hôpital public, ce qui n'exclut évidemment pas d'aider ceux qui sont en difficulté.

Qui peut accepter que les tarifs des CHR et des CHU soient aussi disparates, comme vient de le révéler une étude récente ? Qui peut accepter que le tarif d'un séjour en médecine chirurgie obstétrique au CHR de Metz soit fixé à 1 150 euros, et à 3 126 euros au CHU de Clermont ? Je crois que personne ne peut plus accepter une telle situation.

J'ai la conviction que les hôpitaux en difficulté peuvent trouver en eux-mêmes la capacité de se restructurer. Cela ne signifie pas obligatoirement licencier du personnel ; cette restructuration suppose avant tout une réallocation interne des ressources de l'établissement, à laquelle beaucoup ont renoncé.

Vous vous souvenez, monsieur le président de la commission, que nous avons été il y a quelques années, avec notre collègue Couanau, chargés d'une mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. Les recommandations de cette mission, qui ont été approuvées par tous les parlementaires qui ont participé à ce travail, quels que soient les bancs sur lesquels ils siègent, s'imposent aujourd'hui encore : le diagnostic était juste ; le remède proposé était le bon : il serait peut-être temps de l'appliquer.

Renoncer à cette étape intermédiaire serait le premier signal d'un renoncement général. Nous devons, monsieur le ministre, débattre tout à l'heure des conventions tripartites. J'étais de ceux qui ici, en 1996-1997, ont voté le principe de la réforme de la tarification dans les établissements médico-sociaux. On se demandait à l'époque si elle devrait entrer en application au 1^{er} janvier ou au 31 décembre 1999.

Nous voilà presque dix ans plus tard, et nous ne sommes toujours pas parvenus à mener à bien cette réforme, qui semble pourtant moins ambitieuse que celle de l'hôpital. Et j'ai le sentiment que si nous commençons aujourd'hui à lâcher un peu de lest, nous n'arriverons jamais à atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés pour 2012.

Nous voulons signifier par cet amendement que nous devons, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, impulser à l'hôpital un mouvement qui est seul susceptible de le sortir des difficultés dans lesquelles il se trouve.

Cette réorganisation et cette modernisation permettront également à l'ensemble des personnels de redonner du sens à leur mission au service des malades. Car si nous voulons moderniser l'hôpital public, c'est bien dans ce but : le mettre réellement au service des malades. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 77.

M. Philippe Vitel. M. Bur a très bien défendu cet amendement.

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

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Avis favorable.

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.* Je soutiens les amendements de M. Vitel et de M. Bur car la suppression de l'échéance de 2008 reviendrait à enlever tout intérêt à la TAA.

Cela fait des années que ce système de la TAA est unanimement réclamé. Si nous revenons sur ce que nous avons voté il y a un an, c'est-à-dire l'objectif d'un taux de convergence de 50 % en 2008, c'est faire deux pas en arrière pour

un pas en avant. C'est peut-être bon pour le tango, mais cela révèle une certaine forme d'archaïsme. Évoluer c'est au contraire avancer en suivant le cap qu'on s'est fixé.

J'ai beaucoup de respect pour vous, monsieur le président de la fédération hospitalière de France. Je comprends votre point de vue, monsieur Évin, pour avoir, moi aussi, exercé à l'hôpital public pendant quarante ans. Je n'ignore donc pas qu'il y a beaucoup à faire.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission des affaires culturelles.* Vous êtes jeune pourtant !

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.* Vous savez bien, monsieur le président, qu'on commence jeune dans les hôpitaux, et qu'on n'y finit donc pas trop vieux.

Nous savons ce qu'il faut faire, mais nous ne le faisons pas. Nous le reportons, d'année en année et de réforme en réforme. Dans l'un de ses rapports, le Haut Conseil de l'assurance maladie – où siègent des parlementaires de toutes tendances –, évoquant la grande lenteur des redéploiements de moyens et les multiples obstacles rencontrés, recommande de viser toujours à une organisation plus utile et plus efficiente. Il faut donc supprimer les cloisonnements, en évitant de stigmatiser une fois encore la dualité entre public et privé. Nous avons franchi un cap, et il nous faut maintenant aller vers l'hôpital de 2007 ou de 2012.

Jacques Domergue l'a justement dit, le système hospitalier doit être conçu comme une complémentarité du public et du privé. Il faut remettre le malade au centre du système hospitalier de soins, réfléchir aux moyens d'évoluer vers la tarification à l'activité et analyser les MIGAC au plus près possible de la réalité – car elles sont différentes dans le système public et dans le système privé, où elles existent aussi. Cette évaluation nous permettra d'avancer.

N'ayons pas peur de l'échéance de 2008 ! Pourquoi reviendrons-nous sur des dispositions qui ont déjà été votées ?

Je souhaite, monsieur le ministre, que nous votions les amendements identiques n°s 51 et 77. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pour toutes les raisons que j'ai exprimées tout à l'heure, la sagesse consisterait à s'en tenir au texte proposé par le Gouvernement.

M. Gérard Bapt. Tout à fait !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je le pense sincèrement, et tiens à vous le redire avec beaucoup de conviction.

Je comprends la motivation qui s'est exprimée avec beaucoup de force, mais elle relève plus de l'ordre symbolique que de la convergence que nous recherchons. Il ne s'agit nullement de différer celle-ci, mais je tiens avant tout à la réussir.

L'avis du Gouvernement sur cet amendement est donc défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Claude Évin.

M. Claude Évin. Je ne souhaite pas m'engager dans une polémique avec le président Dubernard, à qui je laisse la responsabilité des propos qu'il a tenus : les hospitaliers apprécieront.

S'il peut faire à la Fédération hospitalière le reproche de ne pas avoir accompagné certaines réformes, je tiens cependant à lui faire observer que depuis 1991 les présidents de cette fédération ont toujours été des parlementaires membres de la même organisation politique que lui. Jamais jusqu'ici, quels que soient les gouvernements qui se sont succédé, l'étiquette politique des parlementaires qui présidaient cette institution n'a donné lieu à polémique.

Je le répète, la Fédération hospitalière, où siègent des élus et des professionnels, représente l'hôpital public dans toute sa diversité. Toute polémique est donc inutile.

M. Gérard Bapt. Très bien !

M. Claude Évin. L'hôpital public – je crois pouvoir le dire en son nom – est convaincu de la nécessité de se moderniser et de répondre sans cesse et efficacement aux objectifs de service public que l'ensemble de la population attend de lui et aux impératifs du financement de l'assurance maladie.

Certains ont formulé tout à l'heure des critiques à l'égard d'élus ou de présidents de conseils d'administration qui ne seraient pas en mesure d'accompagner certaines réformes. Je pourrais, si je cherchais la polémique, citer à cet égard les noms d'élus – et même de grands élus – de tous les partis politiques.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Tout à fait !

M. Claude Évin. Je pense notamment aux différences d'appréciation qu'ont pu formuler, à propos des présidents de conseils d'administration, les maires des deuxième et troisième villes de France, devant des propositions de restrictions budgétaires. Ce qui a été dit tout à l'heure des positions des uns et des autres ne correspond pas à la réalité.

M. Gérard Bapt. Eh non !

M. Claude Évin. De grâce, donc, pas de caricatures !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Tout à fait !

M. Claude Évin. Le débat sur la convergence – ou, plus généralement, sur la tarification à l'activité – ne doit en aucun cas s'exprimer en termes de guerre entre le public et le privé.

Vous évoquez, monsieur le ministre, une progression de l'ONDAM hospitalier de 3,44 %, ou de 2,5 milliards. Je n'ai pas vérifié ce dernier chiffre, mais il convient au moins de préciser que cette progression de 3,44 %, qui est fongible, ne concerne pas uniquement l'hôpital public, mais aussi l'hôpital privé, sans que la distribution entre les deux secteurs soit connue. De ce point de vue, en effet, on pourrait certes aboutir à des situations de concurrence entre public et privé, mais il est hors de question de rouvrir une guerre entre ces deux secteurs.

Sur le terrain, il s'agit d'organiser une complémentarité, comme l'ont répété certains de nos collègues. Il n'en faudra pas moins assurer des missions de service public – qu'elles soient remplies par des établissements publics ou privés – et assurer aussi le financement de ces missions.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Les MIGAC !

M. Claude Évin. À ce jour, le contenu de l'enveloppe MIGAC n'est donc pas clairement identifié.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il faut aller vite !

M. Claude Évin. Quant au fait que, dans le privé, la tarification à l'activité serait partout la règle, je tiens à souligner que les honoraires de l'hospitalisation privée ne sont pas pris en compte dans ces chiffres.

Monsieur le ministre, pour clarifier notre information, nous souhaiterions connaître, par exemple, le montant des honoraires perçus par les médecins libéraux dans les cliniques privées, mais la Caisse nationale d'assurance maladie n'est pas en mesure de nous l'indiquer : nous disposons d'une évaluation de l'ensemble de l'activité libérale réalisée en ambulatoire, mais ce chiffre ne distingue pas l'activité réalisée dans les cliniques. Ce sont autant d'outils qui nous manquent pour établir la comparaison que j'évoquais.

Ce débat n'est pas idéologique, mais...

Mme Jacqueline Fraysse. Pragmatique !

M. Claude Évin. ... il doit s'appuyer sur une avancée. J'apprécie, de ce point de vue, la position du ministre, qui se fonde sur le travail des différentes commissions réunissant l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Toutefois, une accélération du processus serait préjudiciable à certaines missions de service public et pourrait accentuer le mouvement d'inflation dénoncé tout à l'heure par le ministre.

Mme la présidente. Monsieur Évin, veuillez conclure, je vous prie.

M. Claude Évin. Si nous pouvons au moins sortir de ce débat avec la conviction qu'il n'est marqué par aucun positionnement politique, mais qu'il est au service de l'ensemble des établissements publics, nous aurons fait ce soir œuvre utile.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul-Henri Cugnenc.

M. Paul-Henri Cugnenc. Avec un grand sens des nuances, M. Évin exprime, au nom de la Fédération hospitalière de France, l'avis d'un groupe – pour ne pas dire d'un syndicat – où toutes les tendances sont représentées.

Nous souhaitons tous la complémentarité entre public et privé – car, comme tous les Français, nous employons encore le terme de « privé » – et nous ne pouvons pas accepter l'opposition caricaturale que font certains entre le secteur public et un secteur qualifié de « commercial ». Ce n'est pas ainsi que nous réaliserons cette convergence.

M. Gérard Bapt. Ce n'est pas ce qu'a fait M. Évin !

M. Paul-Henri Cugnenc. Il n'est pas possible de pousser la caricature jusqu'à opposer des grippe-sous, représentant ce qu'on appelait auparavant le secteur privé, et une sorte de club des philosophes, dont nous faisons partie, qui représenterait le secteur public.

Mme Jacqueline Fraysse. Ça, c'est de la caricature !

M. Paul-Henri Cugnenc. Il est inadmissible d'abandonner l'appellation de « secteur privé » pour parler de « secteur commercial ». Il faut calmer le jeu !

Un certain nombre d'entre nous, qui n'auraient probablement pas voté cet amendement, le voteront à cause de cette agression. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

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

M. Gérard Bapt. J'ai commis tout à l'heure un crime de lèse-majesté, qui m'a valu un regard furibond de mon maître, le professeur Dubernard. Comme j'ai le plus grand respect pour mes maîtres de l'université et des hôpitaux universitaires,...

M. Dominique Tian. Vous n'êtes donc pas un soixante-huitard ?

M. Gérard Bapt. Vous ne croyez pas si bien dire !

Mme la présidente. Monsieur Bapt, ne vous laissez pas interrompre par M. Tian !

M. Gérard Bapt. J'ai également été un temps membre du conseil d'administration du CHU de Toulouse, et j'ai vu les efforts déployés par les administrations successives de ce CHU pour mettre en place les réformes, créer les pôles et regrouper les services.

Avec tout le respect que j'ai pour mes maîtres actuels et passés,...

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. C'est à la limite du fait personnel ! (Sourires.)

M. Gérard Bapt. ... il me faut pourtant dire qu'il fallait faire preuve de la plus grande patience pour opérer ces regroupements et constituer ces pôles, en ménageant les susceptibilités et en prenant garde aux petits problèmes de territoire de chacun des chefs de service – en attendant parfois le départ à la retraite de l'un d'entre eux pour pouvoir procéder à la restructuration. À Toulouse, entre Purpan et Rangueil, il y avait de quoi faire !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Règlement de comptes à OK Corral !

M. Gérard Bapt. Au lieu de pointer du doigt telle fédération d'administration d'hôpital ou de se dresser sur ses ergots en prétendant que les uns voudraient bloquer les réformes que les autres veulent faire, mieux vaudrait faire preuve de mesure et de sérénité.

Il ne s'agit nullement de déclencher une guerre entre le public et le privé. J'ai d'ailleurs connu successivement l'un et l'autre – puisque je n'ai pas eu la capacité de devenir universitaire. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Dominique Tian. À cause de vos maîtres ?

M. Gérard Bapt. Pour ce qui concerne le privé, j'ai été heureux d'apprendre hier, par une dépêche de l'AFP, que la Générale de santé venait de gagner 8,4 % en deux séances de Bourse. La direction a en outre indiqué que la croissance organique de l'activité soins et services hospitaliers France devrait encore profiter d'un effet mécanique généré par la mise en place d'une nouvelle tarification.

Les deux secteurs peuvent donc évoluer. L'un le fait d'une manière opulente ; il serait donc normal que, lorsque l'autre est inquiet, on tienne compte de cette inquiétude et qu'on dresse un bilan afin d'examiner en toute lisibilité et en toute transparence comment relancer la réforme. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Wauquiez.

M. Laurent Wauquiez. Sur un sujet que je connais beaucoup moins bien que les orateurs qui m'ont précédé, mon intervention sera modeste, et se limitera à apporter

un éclairage qui permettra peut-être, à partir de réalités concrètes, de sortir de l'opposition entre hôpital public et hôpital privé.

Dans la région dont je suis élu, bon nombre d'hôpitaux publics attendent la mise en place rapide de la tarification, qui viendra récompenser leurs efforts de modernisation.

M. Claude Évin. Tout à fait !

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Très bien !

M. Laurent Wauquiez. Il ne s'agit donc pas d'adopter une logique d'opposition systématique entre deux clans.

Aussi voterai-je cet amendement, qui est un outil de modernisation supplémentaire pour des hôpitaux publics qui vont de l'avant. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 51 et 77.

(*Ces amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, les trois amendements identiques n^{os} 78, 89 et 101 deviennent sans objet.

Je suis saisie de trois amendements identiques n^{os} 79, 90 et 102 rectifié.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n^o 79.

M. Philippe Vitel. La logique des objectifs quantifiés de soins repose sur une réponse aux besoins de soins à l'échelle d'un territoire. Par souci de cohérence, ce n'est qu'à partir d'une analyse globale à l'échelle de ce territoire que l'ARH devrait pouvoir sanctionner ou non un établissement. Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Les amendements n^{os} 90 et 102 rectifié sont défendus.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Rejet.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 79, 90 et 102 rectifié.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n^o 262.

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

M. Jean-Luc Prével. Nos amendements n^{os} 262 et 263 visent respectivement à supprimer les titres III et IV de l'article. À l'origine, lorsque la T2A avait été présentée, il était clair – et c'était ce que disait Jean-François Mattei – que les établissements bâtiraient leur budget à partir de leur activité. Les établissements ont pour mission d'accueillir les malades et de leur apporter les meilleurs soins. Le risque est, bien entendu, d'aboutir à une inflation des dépenses si un établissement développe davantage son activité. Mais je ne suis pas sûr que cette augmentation soit inflationniste au niveau régional ou national car on ne multiplie pas pour autant les patients.

Ce que vous proposez dans les titres III et IV de l'article 30, c'est de brider cette T2A par les contrats d'objectifs et de moyens qui sont signés avec les ARH, souvent sous la contrainte. Si le volume d'activité est supérieur aux objectifs, vous diminuez la dotation, éventuellement vous pouvez même demander des pénalités. Cela revient à mettre en œuvre ce que l'on a appelé les « lettres clés flottantes », ce qui est difficilement acceptable. Je souhaite que vous répondiez véritablement à cette question : un hôpital peut-il développer réellement son activité ? S'il a un contrat d'objectifs et de moyens, comme c'était le cas d'un hôpital que je connais bien, pour une centaine de pacemakers dans l'année, et si les malades cardiaques y viennent et que l'on en pose 150...

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général*. Oh non ! Il ne peut y en avoir cinquante de plus d'un coup ! De telles variations relèvent de l'hypothèse d'école !

M. Jean-Luc Prével. Mais, monsieur Door, il y a même des augmentations plus grandes que cela ! L'ARH, pour faire baisser l'activité de l'hôpital, avait demandé de diminuer l'année suivante la pose de pacemakers. Mais comme le service de cardiologie était bien vu dans la région, les malades sont venus, et au lieu d'en poser 100 comme le voulait l'ARH, l'hôpital en a posé 200. Est-ce que l'activité sera réellement prise en compte dans la T2A ou non ? Est-ce que l'on va vers des lettres clés flottantes ou non ? Pourquoi mettre des pénalités si l'établissement soigne les malades qui se présentent ?

Mme la présidente. Monsieur Prével, puis-je considérer que vous avez défendu également l'amendement n° 263 ?

M. Jean-Luc Prével. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 262 et 263 ?

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même avis que la commission. Je voudrais dire à M. Prével qu'il faut que la progression de l'activité réponde bien à des besoins, y compris à des besoins à l'échelle d'un territoire de santé de façon à ce qu'il n'y ait pas de captation de clientèle par les établissements les plus positionnés. D'ailleurs, je vais vous faire une confiance : je pense que nous avons besoin d'effectuer plusieurs réglages, notamment pour les complémentarités. Parce que quand on voit les réseaux entre les hôpitaux locaux et des hôpitaux pivots, il apparaît que si nous voulons développer ces complémentarités, il faut être capable de savoir comment doit se répartir la T2A. Le rôle des ARH n'est donc pas de punir, de sanctionner, mais de faire en sorte que les complémentarités que nous voulons mettre en œuvre puissent vraiment voir le jour. C'est pourquoi le Gouvernement demande le retrait de ces amendements.

Mme la présidente. Monsieur Prével, maintenez-vous les amendements n°s 262 et 263 ?

M. Jean-Luc Prével. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 262.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 263.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 309 présenté par M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Il s'agit d'un amendement rédactionnel auquel le Gouvernement est favorable.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie par le même auteur d'un amendement rédactionnel n° 310. L'avis du Gouvernement est favorable.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Toujours par le même auteur, je suis saisie d'un amendement rédactionnel n° 311. L'avis du Gouvernement est favorable.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 199 rectifié n'est pas défendu.

Je mets aux voix l'article 30, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 30, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 30

Mme la présidente. Nous en venons à une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 30.

Je suis saisi d'un amendement n° 121, troisième rectification.

M. Jean-Marie Le Guen. Défendu !

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

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 121, troisième rectification.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques n°s 52 et 191 rectifiés.

L'amendement n° 52 est défendu.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n° 191 rectifié.

M. Jean-Marie Le Guen. L'amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement, six mois après la publication de la future loi, un rapport de l'Inspection

générale des affaires sociales sur les pratiques de dépassements d'honoraires médicaux, en particulier dans le secteur hospitalier. En effet, il paraît que, dans le secteur hospitalier, il y aurait des dépassements.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et **M. Yves Bur**, rapporteur pour avis. Ah bon ? (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. En tout cas, j'entends par là des dépassements qui ne seraient pas compatibles avec les règles.

M. Jacques Le Guen. Avec le principe du tact et de la mesure ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Absolument, cher collègue.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 52 et 191 rectifié.

(*Ces amendements ne sont pas adoptés.*)

M. Gérard Bapt. C'était pour la transparence !

Article 31

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prél, inscrit sur l'article 31.

M. Jean-Luc Prél. L'article 31 concerne la prise en charge des personnes hébergées en unité de soins de longue durée et en maison de retraite. Cette prise en charge devient aujourd'hui embrouillée, notamment sur le plan financier. De nombreux établissements publics disposent à la fois d'une unité de soins de longue durée et de maison de retraite, parfois dans le même bâtiment, voire sans distinction physique, et il arrive que la personne dont l'état s'aggrave puisse rester dans la même chambre.

La création de la Caisse nationale solidarité et autonomie ne simplifie pas la prise en charge des malades et des personnes hébergées. Nous avons déjà, pour les maisons de retraite, les problèmes de conventions tripartites dont a parlé tout à l'heure Yves Bur en disant qu'elles auraient dû être terminées il y a quatre ou cinq ans et que, tous les ans, on reportait l'échéance. Ces conventions tripartites entre l'État, le conseil général et l'établissement visent à définir la répartition des postes et des financements entre l'hébergement et l'assurance maladie. Il va désormais être nécessaire de prévoir des référentiels, une répartition des crédits par arrêté conjoint du préfet et du directeur de l'ARH, pour tenter de s'y retrouver. La Caisse nationale pour l'autonomie complexifie donc encore des problèmes déjà difficiles compte tenu de la séparation, qui demeure regrettable, entre le médical et le médico-social.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous proposer – mais est-ce possible ? – un financement simple adapté à l'état de chaque personne, quel que soit son lieu d'hébergement ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Tout d'abord, je m'étonne que M. le ministre, qui nous parle de transparence et de lisibilité à longueur de séance, ait sèchement repoussé l'amendement n^o 191 rectifié présenté par mon collègue Jean-Marie Le Guen, sans explication, alors que cet amendement ne relève que du droit de savoir. Tout le monde est concerné.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Tout le monde a pu s'exprimer là-dessus dans la discussion de cet après-midi. J'ai donné mes arguments.

Mme Jacqueline Fraysse. Non, vous n'avez pas répondu à la question qui était posée.

J'en viens à l'article 31, qui suscite plusieurs interrogations.

La répartition du financement des unités de soins de longue durée entre le champ du sanitaire et le champ du médico-social pourrait tout à fait relever d'une bonne pratique médicale et d'une meilleure prise en charge. Mais, après avoir mené plusieurs auditions, nous craignons que ce dispositif soit seulement un transfert de charges.

Il y a d'abord un problème de méthode, car vous prévoyez déjà le transfert de ces unités sans définir au préalable le référentiel médical qui permet de déterminer ce qui peut être transféré vers le médico-social et ce qui doit rester dans le champ du sanitaire.

Ensuite, l'essentiel de ce transfert se fera vers les maisons de retraites. Or celles-ci ne sont pas assez médicalisées pour accueillir toutes les personnes qui seraient susceptibles d'être transférées. En effet, les crédits alloués à la médicalisation de ces établissements ne sont pas suffisants ! Si cette nouvelle obligation d'accueil se mettait en place demain, les conditions ne seraient pas réunies pour assurer le suivi. On parle ici, ne l'oublions pas, de personnes en fin de vie, de personnes âgées malades, de personnes n'ayant pas leur autonomie et dont l'état nécessite donc une surveillance médicale constante et des traitements. Il ne faudrait pas, pour des raisons budgétaires, les adresser à des établissements faiblement médicalisés alors qu'elles étaient accueillies, pour l'essentiel, à l'hôpital. On ne peut pas accepter, par exemple, dans le cadre d'un tel transfert, de remplacer la surveillance assurée par une infirmière diplômée par celle d'une aide-soignante, ni accepter de remplacer une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre par une surveillance pendant la journée seulement.

Ajoutons que si les établissements concernés dans la contractualisation prévue à l'article 31 pour assurer prochainement les unités de soins de longue durée ne se sont pas mis d'accord d'ici le 31 décembre 2006, une clef de répartition pour fixer les conditions de ce basculement sera décidée. Si vous avez reçu, comme moi, les questionnaires des établissements, monsieur le ministre, ils vous ont dit combien ils s'inquiètent des conséquences d'une répartition autoritaire à partir de critères inconnus.

Enfin, ils attirent notre attention, et votre attention tout particulièrement, sur l'absence de prise en compte des personnes adultes handicapées.

Vous le voyez, il y a donc beaucoup d'interrogations et beaucoup d'inquiétude manifestée à l'égard de cet article qui, au mieux, ne répond pas aux problèmes posés, et, au pire, risque d'aggraver la situation car il ne prend en compte que des considérations strictement comptables. C'est pourquoi nous demandons la suppression de cet article. Nous ne sommes pas prêts.

Nous pensons qu'il faut d'abord rencontrer les personnes concernées par les établissements visés, et examiner sérieusement les conditions concrètes de cet éventuel transfert. Nous devons permettre un accueil au niveau requis pour ces personnes qui, je le répète, exigent des soins attentifs avec des personnels compétents.

Je considère, madame la présidente, que j'ai aussi défendu mon amendement n° 135.

Mme la présidente. La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Hier, dans la discussion générale, Mme Paulette Guinchart, M. Pascal Terrasse et moi-même vous avons posé plusieurs questions, monsieur le ministre, sur les personnes âgées et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en évoquant plus particulièrement cet article 31. Vous ne nous avez pas répondu, peut-être faute de temps.

Cet été, l'article 12 du projet d'ordonnance de simplification du droit prévoyait déjà, suite à la loi du 11 février 2005, une sorte de transfert des unités de soins de longue durée vers les maisons de retraite. Les dispositions de cet article, d'abord prévu, puis retiré, réapparaissent aujourd'hui dans l'article 31 du PLFSS.

Cet article soulève plusieurs questions. Tout d'abord, 95 % des USLD appartiennent au secteur public. Elles accueillent des personnes souffrant de polyopathologies graves, nécessitant des soins particuliers.

Quant à la définition d'un référentiel, dès 1997, la DHOS a essayé d'y travailler. Je pense qu'il faut le faire ; cela fait des années qu'on l'envisage ! Mais je voudrais vous donner un exemple, monsieur le ministre. L'hôpital Bretonneau – superbe hôpital gériatrique – a aujourd'hui un GIR moyen pondéré de 850 points. Beaucoup d'établissements privés, associatifs ou publics, accueillent des patients dont le GIR moyen pondéré s'échelonne de 750 à 800 points.

Peut-être la réforme de la tarification n'a-t-elle pas été assez loin. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie veut même baisser le forfait soin d'hébergement pour personnes âgées, actuellement fixé à un ratio de personnel de 0,21. Ce forfait n'assure ni un médecin, ni une infirmière la nuit. Permettez-moi de vous rappeler que ce forfait est à 2 en Suède ; voyez aussi ce qui se passe au Canada où, avec le projet « Humanité », des efforts extraordinaires sont fournis pour améliorer la relation entre les personnels et le patient. Avec un forfait à 0,21, nous ne pouvons pas nous en sortir ! Du jour au lendemain, des USLD vont se retrouver en maison de retraite, par simple arrêté, sans que nous ayons notre mot à dire, non plus que les conseils généraux, qui en seront les principales victimes.

Vous présidez, monsieur Vitel, le groupe d'études sur la dépendance des personnes âgées. Il y a quelques mois, nous avons reçu tous les établissements associatifs et privés. Même les grands groupes privés vous l'ont dit : avec un ratio de personnel à 0,21, ils ne peuvent pas assurer les soins.

En seulement quatre ans, monsieur le ministre, l'entrée en moyenne d'âge de nos aînés a évolué de plus de deux ans ! Imaginez à l'avenir ! Mme Paulette Guinchart l'a dit hier : quand nos aînés entrent dans ces établissements, ils ont bénéficié de l'APA. Celle-ci présente l'intérêt du soin à domicile.

M. Jacques Le Guen. Tout à fait !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Aujourd'hui, ces personnes arrivent donc souvent dans les établissements avec des polyopathologies parfois non diagnostiquées, des maladies neuro-dégénératives graves. Ajoutez à cela la non-permanence des soins, et la future intégration des USLD : compte tenu de l'allongement de la vie, nous sommes face à un véritable problème.

Quand on veut faire de la qualité, monsieur le ministre, il faut inclure dans le forfait d'hébergement, en plus des personnels soignants, des animateurs, des psychologues, des agents hospitalier. Je reviendrai sur les coûts d'hébergement, mais si nous ne voulons pas que nos établissements deviennent des mouiroirs, il est indispensable que nous discutions de la question des USLD : la décision de les placer en EHPAD est vraiment très grave.

(M. Yves Bur remplace Mme Paulette Guinchart au fauteuil de la présidence.)

PRÉSIDENCE DE M. YVES BUR,

vice-président

M. le président. La parole est à M. Jacques Le Guen.

M. Jacques Le Guen. Le dossier de la convergence est particulièrement sensible ; il en est à une nouvelle étape. Les conventions tripartites, c'est évident, nous ont obligés à consentir un effort financier majeur pour mettre en place la réforme depuis 2002, et ceci dans le contexte de difficultés budgétaires que nous connaissons.

Quoi qu'il en soit, la nouvelle tarification a aussi créé la dotation minimale de convergence, dite DOMINIC, qui a été malheureusement plafonnée à 35 %. Je me vois obligé de vous dire que cela ne suffit pas. Nous devons remonter la barre, de façon à donner des moyens supplémentaires, médicalisés, à nos établissements. Les personnels soignants ne sont pas assez nombreux dans les grands établissements ; nous avons aussi besoin d'infirmières, de médecins, pour assurer la permanence des soins.

Un important effort en faveur de la dotation minimale de convergence sera donc nécessaire : les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses, et les coûts, comme les soins, de plus en plus lourds. Les choix sociologiques se portent aujourd'hui plus volontiers sur le maintien à domicile le plus longtemps possible : on est mieux à la maison ! Mais lorsque survient une situation d'urgence – fracture du col du fémur d'une personne de quatre-vingt-cinq ans, qui soudain bascule dans la dépendance –, l'entrée dans un établissement devient nécessaire. Nous devons alors disposer des moyens pour accueillir la personne dans un environnement de qualité. Il faut donc souligner les difficultés que nous rencontrons aujourd'hui.

M. Philippe Vitel. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Avant d'aborder la discussion des amendements, je voudrais répondre à Mme Jacqueline Fraysse, à Mme Danièle Hoffman-Rispal et à M. Jacques Le Guen.

Nous sommes au cœur d'un défi : le vieillissement de la population. Un chiffre peut caractériser la situation : il y a dix ans, on entrait en maison de retraite à l'âge moyen de

soixante-quinze ans, pour y séjourner dix ans. Aujourd'hui, en moyenne, on y entre à quatre-vingt-trois et quatre-vingt-cinq ans, et y reste deux à trois ans. C'est dire la rapidité avec laquelle ce secteur s'est transformé, et les besoins des personnes âgées, auxquels il nous faut collectivement répondre.

Avant d'en venir aux problèmes plus spécifiques qui viennent d'être posés, je rappellerai que pour répondre à ce défi, un considérable effort financier est nécessaire. Il est en cours. Le plan « Vieillesse solidarité » prévoyait la création de 10 000 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, 8 500 en services de soins infirmiers à domicile, et un certain nombre d'autres places pour l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.

Ce plan, initialement étalé sur quatre ans, sera achevé – eu égard aux autorisations de financement – au début de l'année 2006.

M. Jacques Le Guen. Très bien !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. C'est pourquoi j'ai décidé, au nom du Gouvernement, de poursuivre la mise en œuvre de ce plan en doublant le nombre de places. Ce doublement est-il suffisant pour relever le défi ? Je n'en suis pas totalement sûr. J'ai donc demandé au commissariat général au plan de nous fournir une évaluation précise des besoins à l'horizon 2010, 2015 et 2020, dans le cadre d'un scénario du libre choix, permettant de développer à la fois les services à domicile et ceux en établissement. Nous devons anticiper avec précision l'effort que la nation sera amenée à fournir.

C'est dans ce cadre que s'inscrit notre discussion sur les unités de soin de longue durée de l'hôpital public. Vous avez justement rappelé, madame Hoffman-Rispal, que la loi du 11 février 2005 avait prévu le regroupement sous un même statut de tous les établissements qui offrent des soins aux personnes âgées dépendantes et les hébergent. Par un projet d'ordonnance, le Gouvernement avait en effet envisagé de mettre en vigueur cette disposition dès à présent. Mais, considérant que son application précipitée, en aveugle, comportait de lourds inconvénients, nous préférons privilégier la mise au point d'un référentiel qui nous permettra d'apprécier la situation réelle des personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée. Tel est l'un des objectifs poursuivis par l'article 31.

La procédure mise en place et le groupe de travail constitué nous permettront de distinguer entre les personnes relevant de soins purement hospitaliers, et celles qui, à titre principal, relèvent de soins dispensés dans les EHPAD.

M. Jacques Le Guen. Très bien !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. C'est faute d'un nombre de places suffisant en maisons de retraites médicalisées que l'hôpital public, fidèle à son devoir, a développé des services d'accueil qui en réalité ne ressortissent pas aux missions hospitalières et à la gériatrie.

Nous reconnaissons la nécessité de répondre à des besoins croissants et d'engager un effort national. Cette loi de financement de la sécurité sociale prévoit ainsi d'augmenter les moyens médico-sociaux pour les personnes âgées dépendantes à hauteur de 9 % ; augmentation à laquelle s'ajoute celle qui provient des crédits de la journée de solidarité de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Nous

sommes ainsi à plus de 13 % d'augmentation pour 2006. Je ne crois pas que l'on puisse décemment envisager, pour la seule année 2006, un effort plus considérable que celui-ci.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 135 qui a déjà été défendu par Mme Fraysse.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°135.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de précision n° 21, présenté par la commission des affaires culturelles.

L'avis du Gouvernement est favorable.

Je mets aux voix l'amendement n° 21.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 202 rectifié.

La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal, pour le soutenir.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Vous n'avez répondu ni à Jacques Le Guen, ni à moi-même, monsieur le ministre. Je suis d'accord avec l'idée du référentiel. Mais vous le réservez aux seuls USLD. Il faudrait aussi regarder dans certains EHPAD ! Je suis comme vous convaincue que certains patients qui se trouvent en USLD devraient être en EHPAD, mais la réciproque est vraie aussi !

C'est là que, si le référentiel est important, il faut que le Parlement et les conseils généraux aient droit à la parole.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ils l'ont assez !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. D'autre part, monsieur le ministre, vous ne nous répondez pas. Pourtant, un député de votre majorité a dit la même chose que moi, tout comme Mme la rapporteure hier. Permettez-moi de la citer : « Il ne faudrait pas toutefois que le budget de ces établissements en soit brusquement diminué ». Vous nous annoncez une augmentation de 5 %, de 9 %, ou que sais-je ? Mais, sur le terrain, nous sommes dans les CROSS. La DOMINIC a augmenté de 35 %, ce qui permet un ratio de personnel fixé à 0,21 soignant par lit. Mais, à chaque création d'établissement, la CNSA propose de réduire ce chiffre à 0,18. Voilà la réalité de terrain que nous vivons tous les jours. Venez donc avec nous regarder ce qui se passe dans les CROSS !

D'un seul coup, on va débarrasser les USLD, mais nous n'avons pas la permanence de soins suffisante. Vous le savez, mes chers collègues. D'ailleurs, ces 10 000 places, j'aimerais bien connaître leur répartition exacte sur notre territoire. Que fait la CNSA ? Qui sont les investisseurs ? À vous entendre, monsieur le ministre, on pourrait croire qu'il s'agit de 10 000 places matérialisées, mais il ne s'agit que du forfait soins. Alors, où sont-elles créées ? Qui a investi ? Quels sont les coûts d'investissement et d'hébergement ? Ces questions, nous les posons régulièrement au

Gouvernement au moment où nous votons le projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais nous ne recevons jamais de réponse.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis que la commission.

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard.

Mme Paulette Guinchard. La réponse négative de la commission et du Gouvernement m'incite à revenir sur certains arguments. Vous l'avez dit, monsieur le président, la réforme de la tarification datait de 1997 et c'est moi qui en ai signé le décret de mise en œuvre en 2001, lorsque j'étais au Gouvernement. Les maisons de retraite manquaient tellement de moyens qu'il était urgent de le faire, même si je connaissais les limites de ce texte. Nous y reviendrons.

La question du positionnement des longs séjours en unité de soins de longue durée pose, qu'on le veuille ou non, le problème de l'organisation des hôpitaux de proximité sur l'ensemble du territoire, et vous savez combien les maires des villes moyennes sont attentifs à ce problème. Mais cela pose aussi la question très profonde, en termes de santé publique, de la filière de gériatrie dans les hôpitaux. Vous nous avez dit, monsieur le ministre, que, *a priori*, un certain nombre de personnes âgées se retrouvent dans les hôpitaux sans que ce soit leur place. Je n'en suis pas aussi sûre que vous.

J'avais engagé un travail sur la gériatrie dans les hôpitaux, que d'autres ont poursuivi après moi. D'ailleurs, vous reconnaissez l'importance de ce problème. Ce qui a été voté en 1997, pas plus que la réforme de la tarification que j'ai signée en 2001, ne correspond plus aux besoins réels. En effet, non seulement les gens entrent de plus en plus tard en maison de retraite, mais surtout – tous les services de ce type en conviennent – ils y restent de moins en moins longtemps. La durée moyenne de séjour dans les services de long séjour est de sept à huit ou neuf mois. Nous sommes confrontés à un phénomène nouveau, qui concerne non plus seulement la dépendance des gens âgés, mais bien de la qualité de la fin de vie.

Je comprends que certains référentiels soient déterminés en ce moment, mais la question est plus grave et plus complexe qu'en 1997. Je sais, pour l'avoir lu et pour avoir participé à une rencontre dans le cadre du commissariat général au Plan, que vous êtes conscient, monsieur le ministre, de la nécessité d'une réflexion à ce sujet. Nous devons absolument nous pencher sur cette question de société, si nous ne voulons pas laisser de côté les personnes âgées ou même les soignants des hôpitaux ou des structures pour personnes âgées. La société a le devoir de faire que la fin de vie des gens âgés soit prise en charge correctement, sur le plan tant médical qu'humain. Puisque l'IGAS est chargée d'une mission à ce sujet, prenons le temps de la réflexion.

Il est certain que ce qui a été décidé il y a dix ans ne correspond plus à la réalité d'aujourd'hui. Peut-être les textes d'alors ont-ils encore un intérêt pour ce qui est de la dépendance ou du traitement de la maladie d'Alzheimer, mais, quand il s'agit de la médicalisation et de l'humanisation des soins, il est essentiel que nous ne nous trompions pas. C'est une question de société à laquelle je ne suis pas sûre que PATOS soit en mesure de répondre. Prenons le temps de

réfléchir mais agissons vite, car les besoins sont immenses et des moyens doivent être affectés de façon cohérente sur l'ensemble du territoire, tant au niveau sanitaire que sur le plan humain.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 202 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 22.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il est défendu.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Nous venons de mettre en place un groupe de travail, auquel la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est associée, en vue d'établir le référentiel. Il me semble par conséquent que l'amendement est satisfait et je demande à Mme le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail de le retirer.

Mme Cécile Gallez, rapporteure de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse. Il est retiré.

M. le président. L'amendement n° 22 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 281.

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

M. Jean-Luc Prél. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement est attentif à ce que l'avis sur le référentiel des fédérations d'établissements les plus représentatives soit reconnu. Il considère qu'il est légitime de disposer de l'avis de l'organe délibérant de l'établissement avant la décision commune du préfet et de l'agence régionale de l'hospitalisation relative à la répartition des crédits. C'est la raison pour laquelle, après réflexion, il est convaincu du bien-fondé de cet amendement. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 281.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 268.

La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal, pour le soutenir.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Nous savons à quel point notre pays manque de gériatres. Ce sont des médecins compétents, dévoués, peut-être un peu isolés dans le monde médical d'aujourd'hui, comme je le suis moi-même dans cette assemblée, car ces débats sont difficiles pour qui n'est pas médecin. Sans doute appartiennent-ils à une profession qui mérite d'être plus estimée encore, car nous aurons tous besoin d'eux quand nous vieillirons. La transformation

des USLD en EHPAD, où l'on ne dispose d'un médecin coordonnateur que quelques heures par semaine, ne risque-t-elle pas de les décourager ? Il faut y prendre garde.

L'amendement n° 268 pose la question de la capacité d'accueil de ces établissements. Le problème est que nous n'avons plus de pouvoir sur la CNSA. Nous discutons du PLFSS, soit. Mais les crédits consacrés aux personnes âgées passent en partie par la CNSA, dont le budget nous échappe, ce qui réduit évidemment la compétence du Parlement. Nous l'avions d'ailleurs déjà signalé, mais je tiens à le répéter.

Qu'en est-il donc de la capacité d'accueil sur le territoire ? Où, quand, comment et sur quels critères reçoit-on les patients ? On parle de schéma régional d'organisation sanitaire, mais la plupart des départements ont commencé leur schéma gérontologique de la deuxième génération, tout comme on parle parfois de SROS de la troisième génération. Comment articuler ces différentes capacités d'accueil ? Il faudrait qu'on parvienne à y voir plus clair.

M. le président. En fait, l'amendement n° 268 tombe, du fait de l'adoption de l'amendement n° 281.

Je suis saisi d'un amendement n° 282.

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

M. Jean-Luc Prével. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable. Même argumentation que pour l'amendement n° 281.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 282.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 312.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 312.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 283.

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

M. Jean-Luc Prével. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 283.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 284.

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

M. Jean-Luc Prével. Nombre d'établissements de santé gèrent à la fois une maison de retraite et une unité de soins de longue durée. Il est nécessaire de prévoir le droit à la signature de conventions distinctes, pour tenir compte de la spécificité des unités de soins de longue durée et de leur procédure de redéfinition.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 284.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 31, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 31, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 31

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 229, deuxième rectification, portant article additionnel après l'article 31.

La parole est à M. le ministre délégué, pour le soutenir.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cet amendement porte sur ce sujet grave que sont les soins palliatifs à domicile. Nous partageons tous le même objectif : alléger les douleurs des personnes en fin de vie à leur domicile, ce qui est particulièrement important dans le mode rural.

La loi du 9 juin 1999 qui permet aux professionnels libéraux de participer à ces soins palliatifs a été rendue inapplicable par une décision de justice de 2004.

Par cet amendement, il vous est proposé de donner une base légale sûre à de telles interventions en inscrivant dans la loi les contrats de santé publique ou les accords conventionnels interprofessionnels sur la base desquels ces soins peuvent être prodigués.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard.

Mme Paulette Guinchard. J'avais déposé plusieurs amendements qui n'ont pas été retenus. C'est dommage. Ils étaient surtout destinés à enrichir la discussion, mais on ne peut pas revenir en arrière.

Les évolutions profondes que nous observons en ce moment dans les maisons de retraite ou les services de long séjour sont absolument liées aux questions que j'ai posées sur la qualité de la fin de vie. C'est dans ce sens que va l'amendement.

L'un de mes amendements visait à permettre aux services d'hospitalisation à domicile d'intervenir dans un certain nombre de structures.

Votre proposition est un élément de réponse, monsieur le ministre délégué, mais elle est largement insuffisante : elle améliorera à peine la situation actuelle. La question des soins palliatifs – qui figure, à notre demande, dans la loi sur la fin de vie – est essentielle pour les établissements médico-sociaux. L'exigence de soins de qualité nous obligera à réfléchir à la formation des personnels dans les services de long séjour et au renforcement des liens entre le champ médico-social et le champ sanitaire, entre l'hôpital et les soins de ville, d'une part, et les établissements médico-sociaux, d'autre part. Nous n'échapperons pas à cette réflexion – je suis certaine que tout le monde, ici, en est convaincu.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 229 deuxième rectification.

(L'amendement est adopté.)

Article 32

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard, inscrite sur l'article 32.

Mme Paulette Guinchard. L'article 32, très technique, tente de régler les problèmes liés au financement des médicaments et à l'organisation des pharmacies dans les maisons de retraite – problèmes sur lesquels je ne m'attarderai pas –, mais il reporte aussi l'application la réforme de la tarification au 31 décembre 2007.

Je suis très circonspecte sur les raisons pour lesquelles la réforme de la tarification a mis tant de temps à se mettre en place. Je sais fort bien que des crédits étaient prévus à cet effet dans le budget pour 2002, puis que les financements ont été gelés pendant une année et qu'il a fallu la canicule et la volonté de M. Falco pour qu'ils soient réaffectés. Par ailleurs, même si nous ne sommes pas d'accord avec le système de financement retenu – la suppression d'un jour férié – l'argent est collecté. Toutefois, son affectation au secteur des personnes âgées n'apparaît pas clairement et l'on s'aperçoit que des réserves ont été constituées. Dans un autre article du projet de loi, il est proposé de consacrer des crédits aux travaux de sécurité et à la création de maisons de retraite ; Mme Vautrin avait proposé un financement de 50 millions pour cette année. Or la réserve destinée aux maisons de retraite qui aurait été constituée à la CNSA est évaluée à 400 millions d'euros. J'aimerais savoir, monsieur le ministre, si ce chiffre est exact et si le prélèvement correspondant à la suppression du jour férié, que la plupart des Français n'acceptent pas, va bien aux maisons de retraite.

Mme Jacqueline Fraysse. Moi aussi !

Mme Paulette Guinchard. Si je voulais être un rien polémique, je vous demanderais où va l'argent. J'aimerais être certaine que ce prélèvement ne subira pas le même sort que les fonds collectés grâce à la vignette automobile. Je ne le pense pas, mais vous avez le devoir, monsieur le ministre délégué, de nous dire si une réserve a bien été constituée depuis un an et demi, quel est son montant et comment elle sera utilisée.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 209, tendant à supprimer l'article n° 32.

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

M. Jean-Luc Prél. Comme M. Bur l'a dit tout à l'heure, le report de la mise en application des conventions tripartites d'année en année en raison de financements insuffisants me paraît insupportable. M. le ministre délégué nous a indiqué il y a un instant que, pour le secteur des personnes âgées, les financements augmenteront finalement de 12 ou 13 %. J'espère donc que l'on parviendra à mettre en place ces conventions, mais il serait temps de le préciser de manière claire et définitive.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 209.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 53.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour le défendre.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 53.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 235.

La parole est à M. Gérard Dubrac, pour le soutenir.

M. Gérard Dubrac. Cet amendement a trait à un problème qu'il serait temps de régler définitivement, monsieur le ministre délégué, puisqu'il se pose de manière récurrente depuis 2001.

La possibilité pour les établissements sociaux d'intégrer les médicaments dans le forfait journalier pourrait les conduire à évincer ou à refuser les personnes qui suivent un traitement lourd. Il s'agit donc d'un facteur de discrimination. C'est pourquoi nous vous proposons d'adapter le dispositif d'intégration des médicaments dans les tarifs des prestations de soins.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement. Faire prendre en charge par l'enveloppe de médecine de ville les

médicaments délivrés aux personnes âgées hébergées en établissements médicalisés soulève plusieurs difficultés et complique notamment l'action du médecin coordinateur.

M. Gérard Dubrac. Mais non !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Ces difficultés ont été soulignées dans un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en 2004 et en 2005. C'est pourquoi le Gouvernement souhaite proposer aux établissements la possibilité d'opter pour la réintégration des médicaments dans leur forfait.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 235.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 203.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le défendre.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 203.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 270.

La parole est à Mme Paulette Guinchard, pour le soutenir.

Mme Paulette Guinchard. Il s'agit de prévoir une liste de médicaments coûteux à exclure du tarif de soins, afin d'éviter la limitation des prescriptions de certaines spécialités en raison de leur prix. Cette question, liée à l'évolution des besoins de médicalisation et de prise en charge dans les établissements, se pose à tous les responsables des établissements médico-sociaux dans le cadre de la réforme de la tarification.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 270.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 204.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le défendre.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 204.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 236.

La parole est à M. Gérard Dubrac, pour le soutenir.

M. Gérard Dubrac. La création de pharmacies à usage intérieur – PUI – pose un certain nombre de problèmes. En effet, compte tenu du manque de pharmaciens diplômés, le recrutement des gérants de ces PUI ne pourrait se faire qu'au détriment des officines, notamment en milieu rural. Il convient donc de supprimer les dispositions relatives au fonctionnement des pharmacies à usage intérieur.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Favorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. L'article 32 présente une innovation à laquelle les pharmaciens d'officine seront certainement sensibles, puisqu'il leur offre la possibilité d'exercer la gérance des pharmacies des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Je regretterais donc que cet amendement soit adopté, car il supprimerait cette possibilité.

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

M. Gérard Dubrac. Lorsqu'il n'y a qu'un seul pharmacien dans une officine, je ne vois pas comment il pourrait à la fois rester ouvert et assurer la gérance de la pharmacie d'un établissement. Nous manquons de pharmaciens diplômés, si bien qu'un grand nombre de mes collègues ne peuvent même pas prendre ne serait-ce qu'une semaine de congés par an, faute de trouver un remplaçant. Dès lors, comment pourraient-ils abandonner le comptoir pour rendre un service dans un autre lieu ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 236.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 23.

La parole est à Mme la rapporteure pour l'assurance vieillesse, pour le soutenir.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Il s'agit de limiter l'assouplissement introduit par le V de l'article 32 à la possibilité, pour un même pharmacien, de gérer une officine et une PUI.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 23.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 237.

La parole est à M. Gérard Dubrac, pour le défendre.

M. Gérard Dubrac. Il est défendu.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 237.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 24.

La parole est à Mme la rapporteure pour l'assurance vieillesse, pour le soutenir.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Il s'agit d'ajouter, aux deux critères fixés par la dernière phrase du VI de l'article 32 pour l'attribution de la gérance d'une PUI, celui du résultat de la mise en concurrence des pharmaciens d'officine d'une même commune.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. La mesure proposée par le Gouvernement sur la base des conclusions d'un groupe de travail vise à permettre à un pharmacien libéral d'assurer la gérance d'une pharmacie à usage intérieur et de pallier ainsi les difficultés ponctuelles que peuvent rencontrer les établissements pour recruter des pharmaciens en milieu rural. À cette fin, l'interdiction, pour un pharmacien associé, d'exercer une activité pharmaceutique en dehors de son officine a été supprimée. Cependant, cette possibilité ayant été encadrée par une procédure d'autorisation, une mise en concurrence est sans objet. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, madame Gallez ?

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Je le retire.

M. le président. L'amendement n° 24 est retiré.

Je mets aux voix l'article 32, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 32, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 32

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 240 rectifié, portant article additionnel après l'article 32.

La parole est à Mme Cécile Gallez, pour le soutenir.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Cet amendement a trait à un problème qui me tient à cœur depuis longtemps. Les logements foyers sont constitués de logements individuels où, en principe, les personnes âgées arrivent valides. Nous proposons que la convention tripartite ne soit pas imposée à ces établissements afin qu'ils puissent rester au forfait soins, tout en ayant la possibilité de revenir ultérieurement sur ce choix en cas de besoin.

Par ailleurs, les logements foyers hébergeant parfois des personnes légèrement dépendantes, il convient de leur permettre de combiner le statut d'EHPAD et celui de logement foyer et d'appliquer les tarifications correspondantes.

D'autre part, les personnes âgées occupant ces logements bénéficient de l'APA à domicile, d'un montant beaucoup moins important que l'APA en établissement. Il conviendrait que ce soit cette dernière qui s'applique aux personnes les plus lourdement handicapées. Enfin, il conviendrait de définir des normes de sécurité précises et de ne pas imposer de changements de chambre aux personnes lorsqu'elles deviennent dépendantes, afin de ne pas les désorienter.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Je vous remercie d'avoir soulevé ce problème, madame Gallez, car il est effectivement difficile pour de nombreux foyers logements d'exercer leur droit d'option entre les trois formules qui leur sont proposées dans le cadre du conventionnement. Le Gouvernement partage votre objectif de trouver des formules plus souples pour la tarification des foyers logements. Un groupe de travail vient d'être constitué à cet effet, et je souhaite que nous attendions ses conclusions, notamment quant au coût des mesures envisagées, avant de déterminer quelle solution il convient de mettre en œuvre. Je le répète, votre amendement poursuit un objectif louable, mais nous manquons de visibilité pour adopter dès maintenant le dispositif que vous proposez. Dans ces conditions, accepteriez-vous, madame Gallez, de retirer votre amendement ?

M. le président. La parole est à Mme Cécile Gallez.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Comme vous le savez, monsieur le ministre, ce dossier me tient très à cœur. Toutefois, je comprends la nécessité de déterminer le coût de cette mesure avant de la mettre en œuvre, aussi accepterai-je de retirer mon amendement si vous vous engagez à m'associer à l'étude qui sera menée à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Je puis vous assurer, madame Gallez, que le Gouvernement est parfaitement conscient du travail que vous avez accompli en tant que rapporteure de ce projet de loi. Soucieux que vous puissiez continuer à nous faire bénéficier de votre compétence sur ce dossier, nous souhaitons évidemment que vous soyez étroitement associée à l'étude qui sera menée.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, madame Gallez ?

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse. Je le retire, monsieur le président.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je le reprends !

M. le président. L'amendement n° 240 rectifié est repris par Mme Hoffman-Rispal.

La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Monsieur le ministre, si nous convenons de la nécessité de procéder à des études complémentaires, nous avons toutefois souhaité reprendre cet amendement, car il a le mérite de soulever de vrais problèmes.

Aujourd'hui, quand on demande aux foyers logements de passer en EHPAD, beaucoup d'entre eux ne le peuvent pas, pour la simple raison que le bâti ne le permet pas en milieu urbain.

Mme Gallez a posé avec cet amendement un autre problème qui me tient personnellement à cœur, celui de la norme de sécurité relevant du type « J ». Cette norme, qui comprend la mise aux normes de sécurité incendie, est nécessaire, mais risque de ne pouvoir être respectée dans les foyers logements, du fait des caractéristiques du bâti. Le problème est régulièrement évoqué dans les colloques : on risque un jour de devoir fermer certains foyers logements en raison de l'inapplicabilité de cette norme.

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard.

Mme Paulette Guinchard. Mme Gallez n'aurait pas dû retirer son amendement. La question du foyer logement a été posée dès la mise en œuvre de la réforme de la tarification. Quand j'étais au Gouvernement, j'avais demandé un rapport sur le sujet, sur lequel vous vous êtes d'ailleurs appuyée, madame Gallez.

Il me semble que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie constitue un lieu de réflexion idéal sur ces questions restées sans réponses depuis de nombreuses années. Souhaitons que les fonctionnaires qui la composent sauront, autour de ses responsables M. Piveteau et M. Cordier, trouver des solutions et nous faire très rapidement des propositions pour les foyers logements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 240 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 368, portant article additionnel après l'article 32.

La parole est à M. le ministre délégué, pour le soutenir.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cet amendement a été inspiré au Gouvernement par les meilleurs spécialistes de la recherche universitaire dans le domaine médical. Il vise à permettre une évaluation des soins habituels, dits soins courants, pratiqués sur les patients hospitalisés. Aujourd'hui, d'inextricables procédures administratives entravent la conduite des essais multicentriques d'évaluation et la comparaison des pratiques médicales, ce qui fait que certaines recherches ne peuvent être menées à bien.

M. Jean-Marie Le Guen. On ne peut pas dire que ce soit très clair !

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission est favorable à cet amendement qui va permettre de simplifier la recherche dans le domaine des soins courants.

M. le président. La parole est à M. Pierre-Louis Fagniez.

M. Pierre-Louis Fagniez. Je comprends que certains de nos collègues souhaitent obtenir quelques éclaircissements sur cette question. Nous avons déjà eu à en connaître puisque nous avons discuté, lors de l'examen de la loi santé publique, de la recherche biomédicale. À l'époque, nous avons souligné la difficulté à y intégrer l'évaluation des soins courants et évoqué l'éventualité d'une modification ultérieure des conditions de la recherche dans ce domaine. La loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie nous a donné l'occasion d'inciter les chercheurs à évaluer leurs pratiques de soins courants. Aujourd'hui, l'amendement proposé

vient relier ces deux lois et devrait enfin permettre de mener à bien la recherche institutionnelle dans les hôpitaux de façon à évaluer les pratiques des médecins.

Mme Paulette Guinchard. Merci pour ces explications !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 368.

(L'amendement est adopté.)

Article 33

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 33.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Les CAARUD, centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, jouent un rôle très important dans la prévention et les soins des toxicomanes – en association avec la MILDT, mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie. Ces centres s'inquiètent pour la pérennité du financement de leurs activités.

Au motif d'une plus grande cohérence, l'article 33 propose le transfert du financement de ces structures de l'État à l'assurance maladie – donc met à la charge de l'assurance maladie une dépense nouvelle –, alors que tout au long des débats de la loi de santé publique, il nous a été dit que cela relevait des fonctions régaliennes de l'État. Il est permis de se demander si la compensation du financement sera assurée de manière pérenne et si l'assurance maladie ne fait pas là un mauvais héritage.

Par ailleurs, il est curieux de constater, monsieur le ministre, que malgré le transfert du financement à l'assurance maladie, c'est le représentant de l'État qui définira la dotation attribuée et non l'assurance maladie ou l'ARH. Cela ne me paraît pas très cohérent. De deux choses l'une : ou bien l'État reste responsable de ces structures et conserve la charge de leur financement, ou bien il transfère cette charge à l'assurance maladie, mais alors il serait logique que ce soit l'ARH qui en détermine la dotation.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Pour ma part, j'interviens en faveur de cet article.

Notre collègue Prél soulève le problème désormais classique des transferts entre l'État et l'assurance maladie. Nous en avons déjà débattu à plusieurs reprises, notamment au sujet du stockage de matériels médicaux dans le cadre d'une crise sanitaire.

En l'occurrence, si la dernière partie de l'intervention de M. Prél mérite une réponse, il me paraît justifié que l'assurance maladie prenne en charge le financement des centres d'accueil, d'autant plus que la lutte contre la toxicomanie n'est plus perçue aujourd'hui comme une discipline exclusivement de prévention : nous sommes bel et bien dans la gestion des risques.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 210 tendant à supprimer l'article 33.

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

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement de suppression est défendu, monsieur le président.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable, monsieur le président.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 210.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 227 rectifié.

La parole est à M. le ministre délégué, pour le soutenir.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cet amendement est rédactionnel, monsieur le président.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 227 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 221 rectifié.

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

M. Jean-Luc Prél. J'espère obtenir enfin une réponse du Gouvernement à la question que je lui ai posée. Monsieur le ministre, puisque vous avez souhaité transférer à l'assurance maladie le financement des centres d'accueil, nous en prenons acte. Mais dans ce cas, pourquoi la dotation correspondante n'est-elle pas attribuée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, mais par le préfet ? L'amendement n° 221 rectifié vise à supprimer cette incohérence, en prévoyant que chaque dotation régionale est répartie par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable, monsieur le président.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Monsieur Prél, tant que le médico-social ne dépendra pas des agences régionales de l'hospitalisation, il continuera à dépendre des préfets. Il n'y a pas lieu de faire exception à ce principe pour les CAARUD. C'est pourquoi nous sommes défavorables à cet amendement.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard.

Mme Paulette Guinchard. L'article 33 et les amendements qui y sont rattachés témoignent du lien qui, aujourd'hui, associe étroitement le médico-social et le sanitaire. Dans le champ du handicap et des personnes âgées, un nouveau système vient d'être créé, les PRIAC ; seule l'expérience nous permettra de juger de leur efficacité.

Pour avoir travaillé avec les structures du type des CAARUD, je suis persuadée, monsieur Prél, qu'elles bénéficieront d'un financement beaucoup plus sûr si celui-ci est à la charge de l'assurance maladie. Il faut toutefois reconnaître le rôle qu'ont joué les préfets, les DDASS et les DRASS dans le développement de ces centres.

La mesure proposée par l'article 33 me paraît donc être une bonne chose. Selon moi, cette évolution nous amènera naturellement à la mise en œuvre des ARS dans le champ social, médico-social et sanitaire, à plus ou moins brève échéance.

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

M. Gérard Bapt. L'examen de l'article 33 met en évidence les rapports difficiles entre l'hospitalisation et le médico-social. Je saisis cette occasion pour demander à M. le ministre où en est l'expérimentation des ARS et quelles sont les régions concernées.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 221 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 228.

La parole est à M. le ministre délégué, pour le soutenir.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. C'est amendement est rédactionnel, monsieur le président.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 228.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 313.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement est rédactionnel, monsieur le président.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 313.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 33, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 33, ainsi modifié, est adopté.)

Article 34

M. le président. La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal, inscrite sur l'article 34.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Monsieur le ministre, je me permets de vous rappeler que vous n'avez toujours pas répondu à ma question concernant les capacités d'accueil sur le territoire.

L'article 34 comporte une disposition que je pourrais trouver intéressante. Chacun sait ici, et je l'ai pour ma part suffisamment dénoncé dans cet hémicycle, qu'un certain nombre de crédits de la CNSA n'ont été consommés ni en 2004 ni en 2005. Or l'article 34 prévoit précisément d'utiliser ces crédits pour cofinancer, notamment avec les conseils généraux, des opérations d'investissement. Je m'en réjouis. Mais, sur quelles bases de répartition, sous quelles formes et avec qui cela va-t-il se faire ? Le texte ne fournit aucune réponse.

Je souhaite également vous interpellier sur une autre question qui me tient à cœur. Mes collègues socialistes et moi-même avons déposé l'an dernier, dans le cadre de l'examen du PLFSS, un certain nombre d'amendements relatifs au prix de journée, point auquel sont sensibles tous les conseillers généraux qui siègent sur ces bancs. J'avais indiqué alors que nous avions un vrai souci avec les règles de comptabilité publique. Lorsque nous procédons à des travaux d'humanisation dans les EHPAD – c'est la fameuse norme J dont parlait Mme Gallez –, le coût d'amortissement est en effet répercuté en prix de journée. Mme Vautrin m'avait répondu fort justement, et c'était aussi mon sentiment, que le contribuable paye en fait deux fois : d'une part, par le biais des subventions des conseils généraux aux EHPAD, et, d'autre part, par les répercussions soit en paiement direct, soit à l'aide sociale légale des départements.

Ce n'est pourtant qu'une simple règle de comptabilité publique sur laquelle Mme Paulette Guinchard avait déjà appelé l'attention alors qu'elle était ministre, sur laquelle vos prédécesseurs m'ont toujours donné raison et qui pose quelques soucis à Bercy.

L'État et les commissions de sécurité dans les départements nous imposent ces normes de manière draconiennes. Or le coût d'amortissement à une telle répercussion sur le prix de journée des établissements que nos aînés ne peuvent plus y entrer. À terme, même les établissements publics subventionnés par les conseils généraux finiront pas être plus chers que certains établissements privés.

Je sais, monsieur le ministre, qu'un décret est en préparation depuis des mois. Les conseils généraux souhaiteraient être éclairés. Nous en avons longuement discuté au sein du groupe d'études sur la dépendance des personnes âgées avec M. Vitel. Pourrions-nous, un jour, avoir une réponse à cette question ?

M. le président. Sur l'article 34, je suis saisi de deux amendements identiques n^{os} 66 et 80.

La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Nous souhaitons la suppression du III de l'article 34 car il prévoit de faire intervenir la CNSA hors de son champ de compétences en lui donnant des missions médico-sociales qui ne sont absolument pas celles qui ont été définies lors de sa création. J'attends des informations du Gouvernement sur ce sujet car l'équilibre financier de la CNSA pourrait être compromis si elle devait remplir ces nouvelles obligations.

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

M. Dominique Tian. Il semblerait qu'on détourne la CNSA de sa vocation initiale pour répondre aux besoins de financement des opérations d'investissement, d'équipement et de modernisation. Qu'en est-il exactement, monsieur le ministre ?

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Défavorable.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Défavorable.

M. Philippe Vitel. C'est un peu court !

M. Dominique Tian. Nous attendions une réponse !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 66 et 80.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 314.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 314.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 25.

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

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je considère qu'il est défendu.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Avis favorable.

S'agissant de la CNSA, monsieur Vitel, monsieur Tian, je précise que l'ensemble des ressources prises dans les comptes de cette caisse – 13,9 milliards d'euros – sont exactement équilibrées en dépenses.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 25.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 26.

Il s'agit d'un amendement rédactionnel de la commission.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 26.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 315 de la commission.

Il s'agit d'un amendement de précision auquel le Gouvernement est favorable.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 27 de la commission.

Il s'agit d'un amendement de précision.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Favorable.

M. le président. La parole est à Mme Paulette Guinchard.

Mme Paulette Guinchard. Je partage les propos de Mme Hoffman-Rispal. Le besoin d'investissement est très important sur l'ensemble du territoire. Il serait bon, monsieur le ministre, que des chiffres très précis concernant les réserves de la CNSA soient communiqués : c'est une question de confiance dans l'action publique. On entend parler de 400 millions. Mais le rapport fait allusion à une réserve qui s'élèverait à 500 millions fin 2005. Qu'en est-il ? Vous proposez d'affecter cette somme à des opérations d'investissements, notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées. Soit. Mais, comme représentants de la nation, nous devons être tenus informés de la mise en place de ce dispositif. Nous ne pouvons nous en tenir à un arrêté ministériel.

La mission de contrôle des comptes de la sécurité sociale pose d'ailleurs les mêmes questions sur les normes, l'affectation, les amortissements et les prix de journée qui restent à la charge des personnes âgées ou de leur famille. Monsieur le ministre, nous ne pouvons continuer ainsi. Nous sommes en effet arrivés à des coûts moyens supérieurs à une pension moyenne ! Nous devons donc entreprendre un immense travail de réflexion sur l'organisation, la compétence, la répartition des crédits entre l'assurance maladie et les conseils généraux ainsi que sur les questions d'investissement. La MECSS y contribuera, je l'espère. En tout état de cause, le Gouvernement et la CNSA ont le devoir d'avancer très vite sur ce sujet.

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

M. Dominique Tian. Pourquoi ne pas destiner ces fonds aux établissements qui ont signé des conventions tripartites et qui sont toujours dans l'attente des places décidées par les CROSS ?

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. La première question concerne le besoin de modernisation des EHPAD, dont deux tiers sont déjà conventionnés grâce au grand programme de conventions tripartites engagé depuis 2001. Rappelons-le, ce conventionnement a permis d'améliorer les moyens puisque chaque établissement ayant conclu une convention a bénéficié en moyenne d'une augmentation de son personnel soignant de plus de six personnes.

Le travail se poursuit. Mais il ne nous dispense pas d'avoir une réflexion particulière sur la modernisation de ces établissements. Vous le savez, je n'ai pas voulu que les réserves de la journée de solidarité puissent être utilisées pour les dépenses de fonctionnement et de médicalisation et je réfléchis actuellement à leur bon emploi avec le Conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, à partir bien sûr des priorités et des besoins des établissements.

La plupart des recettes dévolues aux personnes âgées, dans le cadre du produit de la journée de solidarité, serviront au financement de l'APA, le reste s'ajoutant aux crédits de l'assurance maladie. J'ai veillé à ce qu'il s'agisse d'un plus

à l'effort déjà considérable de l'assurance maladie, et non d'une substitution. Il est en effet essentiel que celle-ci ne se désengage pas des EHPAD à la faveur de la création de la CNSA.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 27.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 34, ainsi modifié, est adopté.)

Article 35

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 138 et 173, tendant à supprimer l'article 35.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 138.

Mme Jacqueline Fraysse. Lors de l'examen en première lecture du projet de loi de santé publique, nos collègues sénateurs ont adopté un amendement gouvernemental élargissant les compétences de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'ONIAM.

Aux termes de l'article 115 de ce texte, définitivement adopté le 30 juillet 2004, l'ONIAM se voyait confier la mission de réparer les dommages imputables à une vaccination obligatoire, à une contamination par le virus d'immunodéficience humaine, à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures d'urgence ou de menace sanitaire grave.

Pour financer les nouvelles attributions de l'ONIAM, le paragraphe II de l'article susmentionné prévoyait le versement d'une dotation de l'État.

Le transfert de la mission du fonds d'indemnisation pour les personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle à l'ONIAM était acceptable tant que les nouvelles charges en résultant étaient financées par l'État.

Or, avec l'article 35 du présent projet de loi, le Gouvernement propose d'abroger cette disposition financière de compensation, ce qui revient à considérer qu'à compter de 2006, les nouvelles missions intégrées à l'ONIAM seront financées par une dotation versée par les organismes d'assurance maladie.

Le Gouvernement justifie ce désengagement de l'État au détriment de l'Assurance maladie au double motif que la raréfaction des contaminations entraîne une diminution des demandes d'indemnisation et que les préjudices indemnisés sont liés à des activités de soins.

Cette argumentation ne saurait emporter notre adhésion puisque ce qu'on a appelé l'affaire du sang contaminé a abouti à la reconnaissance de la responsabilité de l'État.

Il convient donc de maintenir l'indemnisation sur les fonds de l'État et non pas sur ceux de la sécurité sociale afin de ne pas entretenir la confusion dans le cadre de la réparation du préjudice subi.

C'est la raison pour laquelle nous vous proposons d'adopter cet amendement de suppression de l'article 35.

M. le président. L'amendement n° 173 n'est pas défendu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 138 ?

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Avis défavorable. Le fonds d'indemnisation des personnes contaminées par le VIH lors d'une transfusion va être fondu dans l'ONIAM étant donné que le nombre de bénéficiaires potentiels de ce fonds ne cesse de diminuer. Cet amendement est donc inutile.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 35.

(L'article 35 est adopté.)

Article 36

M. le président. Sur l'article 36, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Au ministre qui regrettait hier que trop peu de personnes bénéficient de l'aide à l'acquisition d'une CMU complémentaire, je rappelle que nous avons toujours défendu l'idée d'une aide personnalisée à la santé, qui aurait notamment permis d'éviter tout effet de seuil. Nous espérons qu'une véritable aide personnalisée sera un jour mise en place, ce qui permettra d'aider chacun en fonction de ses ressources.

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

Mme Jacqueline Fraysse. À l'instar de la prime pour l'emploi, l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé est d'une grande perversité. Toutes deux semblent répondre à un souci de justice sociale. La PPE se présente comme un surplus de pouvoir d'achat pour les salariés modestes ; quant à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire, elle est destinée à ceux qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance complémentaire. Quelle belle perspective !

M. Jean Leonetti. Tout à fait !

Mme Jacqueline Fraysse. Mais la justice sociale, contrairement aux apparences, n'est pas au centre de vos préoccupations. La PPE n'a en réalité d'autre fonction que de faire prendre en charge par le contribuable, c'est-à-dire l'argent public, l'augmentation des bas salaires, à la grande satisfaction des employeurs, qui apprécie à sa juste valeur ce coup de pouce à la politique de modération salariale qui prévaut depuis plus de vingt ans.

Quant à l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire, elle n'aurait pas de raison d'être si le niveau de remboursement du régime de base n'avait pas autant diminué. Alors que cette diminution favorise le recours au privé, cette aide enfonce le clou en instituant une subvention publique, autrement dit supportée par les contribuables, aux complémentaires. On voit mal comment une telle ingéniosité pourrait permettre d'améliorer l'état de santé de la branche maladie. Ainsi, la boucle est bouclée !

L'urgence serait de rétablir un taux de remboursement décent par le régime de base. Ce dernier, qui progressait avant 1983, n'a fait que diminuer depuis. En vingt ans, le taux moyen de couverture de base est passé de plus de 80 % à moins de 75 %, ce qui, selon l'OCDE, situe notre pays au douzième rang des pays industrialisés.

Enfin, l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire ne permet nullement d'échapper aux difficultés croissantes d'accès aux soins, nées du démantèlement de notre système solidaire de protection sociale. Son montant, même revalorisé, est dérisoire : 200 euros par an pour une personne seule âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, soit à peine plus du quart du prix d'une complémentaire parmi les moins coûteuses aujourd'hui. Nous dénonçons cette logique et ne pouvons donc accepter cet article.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. L'article 36 reprend presque tous les éléments de la régulation de la CMU. Vous augmentez de 0,5 point le taux de la taxe sur les organismes complémentaires. Cette augmentation sera naturellement supportée par les assurés, directement si les complémentaires augmentent leurs cotisations, indirectement si elles décident en contrepartie de diminuer les remboursements, par exemple pour les médicaments à SMR insuffisant. Mais si l'on ajoute tout ce que vous allez demander aux complémentaires, on obtient bien une augmentation des cotisations des assurés !

Vous revalorisez le forfait de la CMU, qui passera de 304 à 340 euros par an, afin de se rapprocher de la réalité des coûts, ce qui est une bonne chose.

Vous augmentez de façon assez substantielle l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, improprement qualifiée de crédit d'impôt puisqu'elle est prise en charge par le budget de l'assurance maladie. Ce sont donc les assurés qui paieront cette incitation. Nous pourrions, comme vous, nous persuader que cette mesure améliorera le succès relatif de la couverture complémentaire. Aujourd'hui, seuls 10 % des deux millions de personnes sans couverture complémentaire bénéficient de cette aide. Hélas, dans le même temps, certaines dispositions adoptées dans le projet de loi de finances, en ajoutant le forfait logement aux revenus des bénéficiaires de la CMU, vont exclure 60 000 familles du bénéfice de la CMU.

Au total, le bilan global de l'action du Gouvernement en matière d'accès à la CMU et à l'assurance complémentaire est largement négatif.

M. le président. Je mets aux voix l'article 36.

(L'article 36 est adopté.)

Après l'article 36

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 233, troisième rectification, portant article additionnel après l'article 36.

La parole est à M. le ministre délégué, pour le soutenir.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. La loi du 13 août 2004 institue divers avantages sociaux et fiscaux au profit des contrats responsables des organismes de protection complémentaire.

Pour en bénéficier, ces contrats doivent exclure le remboursement des majorations de ticket modérateur et des dépassements d'honoraires prévus en cas de non-respect du parcours de soins, mais prendre en charge les consultations

et les prescriptions du médecin traitant et inclure au moins deux prestations de prévention. Il était prévu que ce dispositif entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Après une large concertation avec l'ensemble des organismes complémentaires, nous vous proposons d'aménager le dispositif sur quatre points, afin de le rendre plus efficace.

Tout d'abord, l'obligation d'inclure dans ces contrats des actions de prévention sera reportée de six mois, afin de laisser le temps à la Haute autorité de santé d'établir une liste objective de ces actions de prévention qui devront obligatoirement figurer dans les contrats responsables.

Par ailleurs, pour les contrats liés à un accord collectif de branche, un délai supplémentaire de six mois est nécessaire afin que les partenaires sociaux aient le temps de négocier. En effet, ceux-ci ne peuvent infléchir la protection complémentaire que sur la base d'un accord : il faut donc leur donner le temps de le négocier.

Une autre disposition de cet amendement reconnaît la spécificité des contrats d'entrée de gamme dans la couverture complémentaire. Ces contrats, appelés les contrats d'hospitalisation, ne couvrent que les frais d'hospitalisation, excluant les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires. Ils devront donc être réformés pour se mettre en conformité avec les exigences des contrats responsables. Le délai nécessaire étant de deux ans, nous vous proposons de reporter au 1^{er} janvier 2008 l'application aux contrats d'hospitalisation des dispositions prévues pour les contrats responsables.

Enfin, il est prévu que les contrats de sortie de CMU respectent le cahier des charges des contrats responsables.

M. le président. Sur le vote de l'amendement n° 233, troisième rectification, je suis saisi par le groupe socialiste d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission sur cet amendement ?

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prétel.

M. Jean-Luc Prétel. Monsieur le ministre, je regrette le dépôt tardif de cet amendement en séance, qui ne nous a pas permis de l'examiner en commission, mais cela arrive assez fréquemment.

Cet amendement est la conséquence de la complexité du parcours de soins et de la convention. Il nous invite à prendre des dispositions pour donner une certaine crédibilité à ce parcours de soins.

Si le patient pouvait être intégralement remboursé tout en s'exonérant des contraintes du parcours de soins, celui-ci n'aurait plus de raison d'être ! Vous demandez donc aux complémentaires de ne pas rembourser les dépassements d'honoraires et le non-respect du parcours de soins.

Vous nous proposez de repousser la date à laquelle les contrats responsables devront comporter des actions de prévention et d'éducation. Est-ce en incluant dans le contrat responsable deux dispositions pour la prévention que l'on réglera les problèmes de prévention et d'éducation en France ? Nous savons que notre système de santé

est trop tourné vers la médecine curative. J'ai donc déposé un amendement tendant à mettre en place un sous-objectif spécifique prévention et éducation à la santé.

Autre point important : qu'arrivera-t-il aux mutuelles et aux assurances qui n'appliqueront pas les dispositions des contrats responsables ? Elles se verront supprimer leurs aides fiscales, nous dit-on. Mais tous leurs contrats devront-ils être responsables ou leur suffira-t-il d'en proposer un ? En d'autres termes, une mutuelle pourra-t-elle proposer un contrat responsable ainsi que d'autres qui ne respecteraient pas les critères fixés ? Auquel cas, nous nous orientons vers une médecine à plusieurs vitesses : certains patients ne pourront financer qu'un contrat responsable, tandis que d'autres pourront se faire rembourser les dépassements d'honoraires.

J'espère, monsieur le ministre, que vous répondrez à cette question importante.

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

M. Gérard Bapt. Je profite du temps qui reste avant le scrutin public pour évoquer un amendement qui n'existe plus, celui-ci ayant été déclaré irrecevable. Cet amendement, qui devait se situer à ce moment de notre discussion, tendait simplement à demander au Gouvernement un rapport sur les conséquences sanitaires et sociales de la suppression de certaines dispositions des lois de finances rectificatives pour 2002 et pour 2003 concernant l'aide médicale d'État.

Les plus vives inquiétudes se sont exprimées à ce sujet, les associations humanitaires et médicales s'alarmant du sort réservé aux personnes redevables de l'aide médicale d'État. La façon dont les deux décrets, reprenant des dispositions rejetées l'an dernier à la fois par la CNAM et par les associations, ont été publiés au cœur de l'été, après que MM. Borloo et Douste-Blazy se sont longuement renvoyé la balle, n'est pas de nature à nous rassurer. Il eût été loisible de déclarer cet amendement recevable, car il n'engageait aucune dépense tout en exprimant une préoccupation légitime, dont l'incidence sur la santé publique ne peut échapper à personne.

M. le président. Monsieur Bapt, vous êtes membre de la commission des finances et vous connaissez parfaitement les raisons de l'irrecevabilité de cet amendement. Je ne revien-drai pas sur ce que j'ai dit hier.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. La présentation de cet amendement gouvernemental ajoute au baroque qui caractérise la notion de contrat responsable. Nous sommes quelque peu désabusés car tout cela est parfaitement opaque et totalement incompréhensible pour les assurés. Pis, à force de vouloir rendre les choses plus sophistiquées, on se prend les pieds dans le tapis des principes. Mettre en option des éléments de prévention, en donnant aux complémentaires un rôle d'intervention sur les questions de prévention, pose tout de même un problème en termes de santé publique.

Il y a quelques heures, nous avons eu un débat pour savoir si l'on pouvait faire passer le champ de la prévention de l'État à celui de l'assurance maladie. Nous avons dit oui, l'assurance maladie est universelle, elle n'a plus simplement vocation à rembourser des soins, elle a aussi vocation à financer.

Or maintenant, pour rajouter au côté amusant et étonnant des contrats responsables, des normes de prévention leur sont fixées. Finalement, des actes de prévention en matière de santé seront fournis en prestation à une partie de

la population, pendant qu'une autre partie de la population n'en bénéficiera pas, celle qui n'aura pas de contrat responsable ou pas de contrat du tout.

C'est être complètement en dehors de la réalité des questions de santé publique. Cette attitude devient, dans sa recherche de la complication et de la sophistication des parcours de soins, totalement contraire à l'intérêt de la santé publique.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Qu'est-ce qu'un contrat responsable ? C'est un contrat qui bénéficie d'une aide fiscale et sociale pour contenir un certain nombre de dispositions plus avantageuses que les contrats ordinaires, qui ne bénéficient pas de ces incitations fiscales et sociales.

Répondant à M. Prével, je lui indique que, naturellement, on peut continuer à proposer des contrats non responsables. Mais les contrats responsables, eux, présentent ces avantages. C'est donc toujours du mieux. Et à partir du moment où il y a une dépense fiscale et sociale, il est absolument normal de demander, en contrepartie, un effort particulier à l'organisme complémentaire qui va bénéficier de ces avantages fiscaux et sociaux.

C'est la raison pour laquelle il est tout à fait souhaitable que ces contrats responsables comportent des dispositions en matière de prévention. C'est une amélioration du niveau des contrats complémentaires par rapport à ce qui existait jusqu'à présent.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 233, troisième rectification.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	34
Nombre de suffrages exprimés	34
Majorité absolue	18
Pour l'adoption	30
Contre	4

L'Assemblée nationale a adopté.

Mme Jacqueline Fraysse. Je voulais voter contre, mais je n'ai pas eu le temps de le faire, monsieur le président !

M. Gérard Bapt. Moi non plus ! Nous n'avons pas eu le temps d'aller au combat !

M. le président. Vos votes seront enregistrés, mes chers collègues.

La parole est à M. le ministre de la santé et des solidarités.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je voudrais revenir un très court instant sur la question de la prévention. D'après mes souvenirs, je ne suis pas certain que le fait de proposer aux complémentaires de prendre des actes de prévention dans les contrats responsables ait fait débat au

moment de la réforme de l'assurance maladie il y a un an. Je vais reprendre les comptes rendus des débats de l'époque, mais je suis certain que, sur ce point précis, personne n'avait rien trouvé à redire. Il ne s'agit pas que les complémentaires fassent à la place de l'État ou de l'assurance maladie, mais bien qu'elles fassent en plus de l'assurance maladie.

En outre, il ne faudrait pas faire croire que cette prévention serait réservée à certains, puisque la vocation de ces contrats responsables est très claire : c'est la généralisation. Le contrat responsable a vocation à être moins cher qu'un contrat non responsable et il est surtout un contrat ayant vocation à protéger l'assuré social des évolutions de tarifs puisqu'il se situe dans le parcours de soins.

Encore une fois, sachant que 92 % des Français sont concernés, c'est-à-dire ont une complémentaire santé, ces contrats responsables ont vocation à être généralisés.

Il faut aussi savoir, si l'on veut éviter un certain nombre de disparités, que de nombreux contrats complémentaires prennent d'ores et déjà en charge des actes prévention. Certains prennent en charge l'ostéodensitométrie ; j'ai très clairement indiqué récemment les démarches que j'avais engagées pour les faire admettre au remboursement, après l'avis de la Haute Autorité de santé et celui de l'UNOC. D'autres prennent en charge des actes de prévention en matière bucco-dentaire. D'autres encore interviennent, par exemple, au titre des vaccinations. Nous en avons encore discuté voilà dix jours avec les organismes complémentaires, et ils sont aussi désireux d'aller dans cette voie de prévention.

Je pense que, dans les années qui viennent, l'État doit faire davantage pour la prévention, la santé publique et l'éducation à la santé. C'est aussi le rôle de l'assurance maladie. Je pense que sur un certain nombre de sujets, les organismes complémentaires doivent participer à ce mouvement, comme d'ailleurs dans le cadre de la réforme qui va s'ouvrir de la branche AT-MP. Si l'on parle de santé au travail, chacun aura aussi intérêt, dans le monde de l'entreprise, à jouer la carte de la prévention.

M. Jean-Marie Le Guen. Je demande la parole.

Article 37

M. le président. Sur l'article 37, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, je voulais répondre au ministre !

M. le président. Vous le ferez dans votre intervention sur l'article 37, monsieur Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Cela me paraît difficile, monsieur le président !

M. le président. Mais non !

Monsieur Prével, vous avez la parole.

M. Jean-Luc Prével. Nous sommes tous très habiles, nous jonglons les uns et les autres ! (*Sourires.*) Pour ma part, j'avais envie de commencer par dire que je n'avais pas bien compris si les assureurs et les mutuelles seraient pénalisés s'ils proposaient autre chose que des contrats responsables avec un contrat responsable de base. C'est une question importante car si chaque mutuelle et chaque assurance

peuvent présenter à la fois un contrat de base dit responsable et d'autres contrats, on a un système de remboursement à plusieurs vitesses.

M. Jean-Marie Le Guen. Rassurez-vous, c'est ce qui va se passer !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Non !

M. Jean-Luc Prével. Nous en arrivons, avec l'article 37, à la fameuse franchise de 18 euros. Pourquoi est-elle arrivée et pourquoi le ministre a-t-il oublié de nous la présenter lors de sa présentation à la presse ? C'est un problème.

Nous avons eu l'occasion de le dire à plusieurs reprises, il s'agit d'une mesure manifestement comptable – et non de santé publique, cela se saurait – pour économiser 100 millions d'euros que l'on basculera sur les complémentaires ou sur les familles. Ces actes, les anciens K 50, qui sont maintenant au-dessus de 91 euros, ne sont pas des actes bénins par définition. La quasi-totalité d'entre eux sont des actes chirurgicaux. Certains sont médicaux, notamment en gastro-entérologie.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission des affaires culturelles.* Eh bien voilà !

Mme Jacqueline Fraysse. L'appendicectomie !

M. Jean-Luc Prével. Pour une coloscopie, qui était un K 60 ou un K 80, le patient était pris en charge à 100 %.

Cet exemple de la coloscopie me paraît intéressant. Lorsqu'un malade présente un cancer du côlon et que la maladie peut être familiale, on propose une coloscopie de dépistage aux frères et sœurs et à la famille. C'est un acte de dépistage,...

Mme Jacqueline Fraysse. De prévention !

M. Jean-Luc Prével. ... de prévention ! Or demain, on demandera 18 euros au patient à qui l'on aura proposé cet examen. Est-ce normal, alors qu'auparavant cet acte était pris en charge à 100 % ? Pourquoi 18 euros et, finalement, pas davantage ?

Ces questions sont importantes. Monsieur le ministre, nous le comprenons : vous bougez le curseur ! Ce n'est qu'un début et, plus tard, le curseur bougera de manière plus importante. D'une certaine façon, vous vous engagez vers un désengagement de la solidarité nationale. *(M. le ministre fait un signe de dénégation.)*

Mme Jacqueline Fraysse. C'est vrai !

M. Jean-Luc Prével. Mais si, monsieur le ministre, vous vous orientez vers un désengagement de la solidarité nationale pour faire peser davantage la contribution au niveau des complémentaires et donc des adhérents par leurs cotisations. *(M. le ministre fait à nouveau un signe de dénégation.)*

Mais si !

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr, c'est évident !

M. le président. Monsieur Prével, poursuivez !

M. Jean-Luc Prével. Je réponds aux mimiques de M. le ministre. Nous avons engagé une sorte de dialogue. *(Sourires.)*

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je n'ai pas parlé !

M. Jean-Luc Prével. Lorsqu'on a un contrat avec une mutuelle et que celle-ci prend en charge ce qu'elle ne prenait pas en charge auparavant, on se voit demander une cotisation supplémentaire. Et si ce n'est pas la complémentaire qui paie, le forfait restera à la charge de la famille.

L'on s'oriente donc vers une médecine à plusieurs vitesses puisque, vous nous l'avez dit il y a quelques instants, les mutuelles auront des contrats variables.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je n'ai jamais dit cela !

M. Jean-Luc Prével. Si, vous l'avez laissé entendre !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pas du tout ! J'ai dit qu'on voulait généraliser les contrats responsables !

M. Jean-Luc Prével. Il y aura des contrats dits responsables et, bien entendu, d'autres contrats qui permettront les remboursements des dépassements d'honoraires et des autres remboursements. Par conséquent, demain, nous aurons une médecine à plusieurs vitesses.

Monsieur le président, mon intervention vaut défense de l'amendement n° 211 de suppression de l'article 37.

M. le président. Je suis en effet saisi de plusieurs amendements de suppression de l'article 37, sur le vote desquels je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains et par le groupe socialiste d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, inscrite sur l'article 37, qui défendra en même temps l'amendement, n° 140, de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse. Je dois dire que je partage assez les préoccupations de M. Prével.

Le forfait de 18 euros que les assurés devront acquitter pour les interventions médicales lourdes n'est pas seulement critiqué ici, il fait quasiment la quasi-unanimité contre lui.

L'ensemble des syndicats de salariés, des associations de patients et d'usagers – FNATH, CISS, UFC-Que Choisir, AIDES –, plusieurs syndicats de médecins – MG France, la Coordination médicale hospitalière, l'Union des chirurgiens de France –, la Fédération hospitalière de France, la Mutualité Française, tous ont manifesté leur opposition à cette mesure. Même la Fédération française des sociétés d'assurance a émis de très vives réserves !

Parmi les arguments développés par tous ces gens aussi nombreux que divers, trois principales critiques ont été adressées au Gouvernement.

La première est une critique de forme. Le forfait à 18 euros résulte d'un arbitrage gouvernemental, effectué sans concertation aucune, on peut dire en catimini, annoncé un jour à la télévision à la stupéfaction générale. Ainsi, le Gouvernement affiche, au-delà de la décision elle-même, tout son mépris à l'égard de la nouvelle gouvernance qu'il avait pourtant souhaité instaurer via la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

La deuxième critique porte sur le fait que cette mesure constitue une nouvelle sanction financière infligée aux assurés. Une de plus, serait-on tenté de dire, tant la liste est longue : multiplication des franchises, sanctions en cas de non-présentation du dossier médical personnel, ou encore pénalités si l'on ne passe pas par son médecin traitant.

Quoi qu'on en dise, l'effort est loin d'être partagé et ce sont les seuls assurés qui en paieront le prix, directement ou indirectement selon qu'ils ont ou non une complémentaire. En effet, le surcoût que cette mesure occasionne pour les complémentaires – dont le chiffre *a minima* proposé par le Gouvernement est jugé totalement irréaliste par l'UNOCAM – se répercutera sur les tarifs des cotisations.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ils vous l'ont écrit ?

Mme Jacqueline Fraysse. Dans une interview parue dans *La Croix* du 12 octobre dernier, Gilles Johanet, directeur des activités santé des AGF et ancien directeur de la CNAM, estime que l'augmentation se situera entre 0,75 % et 1,50 %.

La dernière de ces critiques concerne le fait que cette disposition constitue une rupture radicale avec les fondements de l'assurance maladie. Selon Gilles Johanet, « voir la sécurité sociale se désengager des actes lourds présente une haute signification sur le plan politique ». En effet, il s'agit d'un geste extrêmement grave, et nous nous devons de dénoncer ici cette nouvelle orientation.

Jean-Michel Laxalt, président de l'UNOCAM, évoque « un changement radical », rappelant que « jusqu'à présent, au-delà d'un certain coût, il y avait une prise en charge totale du patient par le régime obligatoire ». Certes, cette rupture n'est pas un coup de tonnerre dans un ciel sans nuages et le terrain avait été soigneusement préparé. Jean-François Mattei avait notamment établi, au début de janvier 2004, un ticket modérateur de 30 % sur tous les soins précédant ou faisant suite à des actes cotés en K 50 ou plus. Or, un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie établit que cette mesure – touchant en particulier les transports sanitaires, les actes infirmiers et de kinésithérapie – n'a permis de réaliser qu'un tiers des 600 millions d'euros d'économies escomptés en année pleine.

À la lumière de ce précédent, on peut d'ores et déjà parier que le forfait de 18 euros aura un effet relativement faible sur le niveau des dépenses de santé. En revanche, il renforcera des logiques qui sont déjà malheureusement à l'œuvre en ayant des conséquences substantielles à deux niveaux. Au premier niveau, on constatera le développement des inégalités de santé. Lors de la présentation du texte en commission, le 12 octobre, notre collègue Jean-Luc Prél a fort justement évoqué la perspective d'une « médecine à deux vitesses privilégiant ceux qui pourront payer tous les forfaits et ceux qui pourront payer une complémentaire pour les prendre en charge ». Au second niveau, la franchise instaurée sur des actes lourds montre que le Gouvernement veut opérer un changement de système de protection sociale, qu'il organise le passage à un système d'assurance individuel, en diminuant la prise en charge de base.

Avec une grande lucidité, Christian Saout, président d'AIDES, a posé une question que nous vous adressons, monsieur le ministre : « Le régime complémentaire n'est-il pas en train de devenir le régime de base ? »

M. le ministre de la santé et des solidarités. Il faut arrêter ! Lisez plutôt ce que dit le Haut Comité !

Mme Jacqueline Fraysse. Partis comme nous le sommes, c'est bien vers cela que nous nous dirigeons.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, qui soutiendra en même temps son amendement n° 190 rectifié.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, vous m'aviez autorisé à répondre à M. le ministre et je vais d'abord profiter de cette permission. En ce qui concerne la prévention, tout le monde peut en faire, il est vrai, mais la Haute autorité de santé est sollicitée de façon très particulière. On lui demande quels sont les actes de prévention dont peuvent se passer les 10 % de Français qui n'ont pas de complémentaire.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais non !

M. Jean-Marie Le Guen. Si on lui demandait d'énumérer les actes de prévention nécessaires à la santé publique, pourrait-elle se permettre de répondre qu'on doit les confier aux contrats responsables et non plus à l'assurance maladie ?

On commence ainsi à s'en prendre aux principes, et la question a d'ailleurs suscité l'émotion du ministre. À une sécurité sociale et à un État qui menaient un politique globale comportant des limitations, on substitue un mille-feuille afin d'assurer la protection sociale de base. Il est vrai que l'on commence à un petit niveau. Mais on introduit systématiquement les complémentaires dans le dispositif, et on leur attribue un rôle prépondérant, non pas du point de quantitatif, mais qualitatif.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est le cofinancement !

M. Jean-Marie Le Guen. On passe en effet du ticket modérateur au cofinancement.

Venons-en à l'article 37. Une analyse un peu fine montre qu'il marque une rupture avec la politique menée jusqu'à présent par le Gouvernement. Ce n'est pas que nous ayons beaucoup apprécié celle-ci, mais on constate une aggravation.

Monsieur le ministre, depuis deux ans, vous vous étiez attaché à privilégier le dialogue social. Que n'a-t-on entendu sur les heures passées à dialoguer sur l'assurance maladie, comme si, d'ailleurs, ce n'était pas la fonction d'un ministre. Et voilà que vous décidez unilatéralement de mettre en place la franchise de 18 euros, sans prévenir ni l'opinion publique, ni aucun des partenaires sociaux, ni aucune des organisations concernées, rompant ainsi avec la prétendue démarche de concertation. Le style politique trahit aussi une évolution.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est vrai !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Vous êtes bien placé pour dire ça !

M. Jean-Marie Le Guen. La deuxième rupture se fait avec votre base politique. Lorsque vous avez présenté la loi d'août 2004, vous avez dû affronter des opposants, mais vous aviez aussi, dans les milieux sociaux, à la mutualité, au conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie, des alliés qui accompagnaient la réforme en pensant qu'elle permettrait d'éviter le pire. Or, volontairement ou involontairement, vous vous débarrassez aujourd'hui de ces gens, vous vous moquez même complètement d'eux. Leur soutien, leur approbation, ou simplement le dialogue avec eux ne vous intéresse plus.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pas vous, pas ça !

M. Jean-Marie Le Guen. On constate une troisième rupture au niveau des principes. Sans doute, nous nous opposons aux projets de M. Douste-Blazy, mais il répétait

que sa réforme se ferait sans aucun déremboursement. Or, désormais, c'est clair et net : vous imposez des déremboursements.

La discussion sur le petit risque et le gros risque marque une rupture supplémentaire. Depuis fort longtemps, nous débattons pour définir le rôle que pouvaient jouer les assurances complémentaires privées dans la couverture du petit risque. Certains, dans votre majorité, considéraient qu'elles devaient être leaders en la matière, mais qu'il convenait de réserver le gros risque à la solidarité nationale. On en est loin, aujourd'hui. Certes, d'un point de vue quantitatif, l'évolution est encore très mesurée, mais vous mettez le pied dans la porte. À l'appétit des assurances privées, vous proposez non seulement le petit risque, mais le gros. Les 18 euros sont appelés à évoluer.

Aujourd'hui, l'émoi est grand dans le pays. Les forces sociales entendent refuser une manœuvre qui n'a rien de financier – je suis, de ce point de vue, en désaccord avec mon collègue Prél. La mesure va rapporter 100 millions d'euros, mais, cet après-midi, nos collègues de la majorité ont baissé l'impôt sur l'industrie pharmaceutique pour une somme équivalente. Vous n'êtes donc pas à 100 millions d'euros près : dans l'équilibre général du projet de loi de financement de la sécurité sociale, cela ne représente pas grand-chose. Monsieur le ministre, si la mesure était purement financière, et non pas idéologique et structurelle, vous nous proposeriez de gager l'abandon des 18 euros sur l'impôt sur l'industrie pharmaceutique. Je suis sûr que nos collègues de la majorité seraient soulagés, car ces 18 euros vont les embarrasser bien davantage, dans leurs circonscriptions, que l'augmentation des impôts pour l'industrie pharmaceutique. Mais ce n'est ni un combat financier ni un combat social que vous menez, monsieur le ministre, c'est un combat idéologique. Vous voulez imposer une certaine vision de la protection sociale : dorénavant, comme le dit Christian Saout, pour la couverture de base, il y aura d'un côté l'assurance maladie obligatoire et, de l'autre, l'assurance maladie complémentaire.

Ces explications vaudront aussi pour le vote sur l'article.

M. Jean Leonetti. C'était laborieux !

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

M. Gérard Bapt. Lorsque l'annonce de l'instauration de cette franchise, décidée en catimini, a commencé à filtrer, la première réaction a été l'incompréhension : il semblait que le Gouvernement se tirait une balle dans le pied. Mais nous savons que M. Xavier Bertrand n'est pas de ces hommes irréfléchis qui agissent inconsidérément – sans doute M. Bas, qui l'accompagne, est-il de la même trempe –, et il ne se serait pas tiré une balle dans le pied pour cent balles, car c'est ce que valent ces 18 euros. (*Sourires.*)

M. Gérard Dubrac. Une balle dans le pied gauche ?

M. Gérard Bapt. Voyez les gros titres que la presse a consacrés au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 : il n'y en avait que pour ces 18 euros. En fait, monsieur le ministre, vous avez pris ce risque de manière délibérée, pour introduire ce que le président de l'UNOC nommait une rupture fondamentale. Je lisais récemment dans la presse que vous avez l'habileté de vous tenir à équidistance de M. Sarkozy et de M. de Villepin.

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.* Ce n'est pas si mal !

M. Jean Leonetti. Et vous, monsieur Bapt, vous vous tenez en équilibre entre M. Fabius et M. Hollande !

M. Gérard Bapt. En l'occurrence, vous tombez plutôt du côté de la rupture, du côté sarkoziste. Vous n'en êtes pas encore à utiliser le Kärcher, mais vous versez la petite goutte d'eau qui, demain, fera une grosse rivière. Vous vous dirigez vers le cofinancement, comme viennent de le démontrer Mme Jacquaint, M. Prél et M. Le Guen. Comme nous nous opposons à ce glissement, nous allons tous voter les amendements de suppression.

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 140, 174, 190 rectifié et 211, tendant à supprimer l'article 37.

L'amendement n^o174 n'est pas soutenu.

Les amendements n^{os} 140, 190 rectifié et 211 ont déjà été défendus par leurs auteurs. Je rappelle que, sur le vote de ces amendements, j'ai été saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains et par le groupe socialiste d'une demande de scrutin public, lequel a déjà été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Quel est l'avis de la commission sur ces amendements ?

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* La commission a donné un avis défavorable à ces amendements.

Je vais essayer d'expliquer en quelques mots la philosophie de cette mesure qui aujourd'hui focalise toutes les attentions et que nos collègues socialistes nomment « le 18 euros ».

Dans la classification des actes, vieille d'une quarantaine d'années, un acte était assez symbolique, assez emblématique, il s'agissait d'un acte chirurgical, le fameux K 50.

Mme Jacqueline Fraysse. C'était l'appendicectomie.

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Le K 50 correspondait, en 1945, à l'appendicectomie en effet. C'était un acte lourd parce que beaucoup de patients restaient au tapis.

Aujourd'hui, cette classification est bouleversée, car la médecine a totalement changé, et avec elle la lourdeur des actes. À l'époque, le K 50 différenciait deux types de prise en charge : un ticket modérateur pour les actes qui étaient en dessous du K 50, une exonération de ce ticket modérateur pour tous les actes qui étaient au-dessus du K 50. En fait, ce que l'on ne savait pas, c'est que le payeur était différent dans un cas et dans l'autre.

Aujourd'hui, on entend dire que certains actes lourds – la coloscopie est-elle vraiment un acte lourd, monsieur Prél ? – ne seront pas pris en charge intégralement. Ce n'est pas sérieux.

En réalité, plutôt qu'une démarcation verticale entre des actes lourds au-dessus du K 50, qui ne sont plus des actes lourds, et des actes moins lourds en dessous du K 50, nous avons voulu une démarcation horizontale.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est ce que nous avons compris.

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.* Certains types de prise en charge vont être exonérés : cela concerne, entre autres, les femmes enceintes, les patients en ALD, les pensionnés, ou encore les nourrissons. Cette philosophie qui prévaut aujourd'hui est tout à fait en conformité avec l'évolution de la médecine, je pensais que vous l'auriez compris et accepté.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons bien compris.

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Vous savez bien que ce ne sont pas les Français qui vont payer cette participation d'un tiers, mais les mutuelles. Aujourd'hui, 92 % des Français ont une mutuelle, et le Gouvernement a fait un effort pour que les 8 % qui restent, soit environ 2 millions de personnes, aient accès à une mutuelle pour ne pas avoir à régler eux-mêmes cette quote-part.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Très bien !

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Certaines de ces personnes n'ont pas de mutuelle parce qu'elles ne le souhaitent pas, mais leur nombre est très réduit. Ce qui fait que la proportion de personnes qui peuvent être directement concernées par la mesure se réduit à une portion congrue.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'aimerais ramener les choses à leur juste proportion.

Il est un point sur lequel nous devrions pouvoir être d'accord. Cette mesure représente 100 millions d'euros – le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'a également indiqué ce matin.

M. Jean-Marie Le Guen. Entre 100 à 130 millions !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Puis-je poursuivre, à moins que mes arguments ne vous gênent, monsieur Le Guen ?

M. Jean-Marie Le Guen. Vous dites un mensonge, encore une fois. Le Haut Conseil a parlé de 100 à 130 millions d'euros.

M. le président. Monsieur Le Guen...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Restez calme, monsieur Le Guen. À moins que vous ne soyez en difficulté ? On dirait que vous êtes gêné par mes arguments.

M. Jean-Marie Le Guen. Quand vous citez des chiffres, citez des chiffres justes, c'est tout !

M. le président. Monsieur Le Guen, laissez le ministre s'exprimer. Vous pourrez lui répondre, si vous le souhaitez.

M. Jean Leonetti. Même Maxime Gremetz est plus modéré ! (*Sourires.*)

M. le ministre de la santé et des solidarités. Une chose est certaine : ce montant de 100 millions d'euros, montant que nous avons indiqué clairement dès la semaine dernière aux représentants de l'UNOC, n'est pas, à l'évidence, de nature à faire disparaître les déficits.

M. Gérard Bapt. C'est ce que nous avons dit !

M. le ministre de la santé et des solidarités. La philosophie du Gouvernement a été la suivante : après les efforts demandés aux Français en 2004 concernant le choix du médecin traitant, le recours aux médicaments génériques,...

Mme Jacqueline Fraysse. Vous persévérez en 2006 !

M. le ministre de la santé et des solidarités. ... nous avons décidé de solliciter deux acteurs, l'industrie du médicament et les organismes complémentaires.

Nous avons considéré que, compte tenu de l'augmentation importante des dépenses de médicaments dans notre pays et de la masse globale de l'industrie du médicament, nous pouvions demander à cette industrie de faire un effort et d'être au rendez-vous de la réforme.

Quant aux organismes complémentaires, nous avons réalisé une étude très fine de l'impact combiné de la réforme de l'assurance maladie et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, pour nous assurer que le bilan entre les économies qu'elles réaliseraient et les dépenses supplémentaires que nous leur demanderions serait neutre, c'est-à-dire qu'elles n'auraient pas besoin d'augmenter les cotisations. J'assume complètement ce choix devant la représentation nationale.

Le débat a eu lieu, et il est aujourd'hui enrichi par l'avis très intéressant que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a donné ce matin.

M. Jean-Marie Le Guen. Cela n'a pas été débattu !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Si, ce matin.

M. Jean-Marie Le Guen. Non !

M. le ministre de la santé et des solidarités. L'avis a même été adopté à l'unanimité. Vous ne pouviez pas y être, vous étiez dans cet hémicycle.

M. Jean-Marie Le Guen. Je n'y étais pas, mais j'ai le compte rendu.

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'aimerais pouvoir terminer. Vous pourrez me répondre après, avec les mêmes arguties que d'habitude. Moi, je vous donne des faits.

Cet avis, qui a été discuté ce matin et qui a été adopté à l'unanimité, donne un éclairage très intéressant sur ce que peuvent – ou doivent être – les augmentations des tarifs des complémentaires pour l'année à venir.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas le fond du débat.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je ne parlerai pas au nom du Haut Conseil, je vous renvoie les uns et les autres aux chiffres avancés qu'il a avancés. Ils montrent que l'effort que nous demandons est possible sans augmentation des cotisations.

Pour le reste, n'allons pas dire que nous découvrons ce sujet cette année. En 2002, la Cour des comptes soulignait déjà clairement dans son rapport que la plus importante des inégalités, c'est-à-dire les écarts de prise en charge suivant les soins administrés, est celle qui découle de la règle de suppression du ticket modérateur pour tout acte ou série d'acte affecté d'un coefficient global égal ou supérieur à 50. Cette règle a été créée par le décret de 1955, à une époque où le coefficient 50 était relativement rare et laissait à la charge des assurés des montants élevés.

Sur la forme, je l'ai dit en commission des affaires culturelles, la présentation du PLFSS est tout sauf moderne. Pour respecter le paritarisme, auquel je suis attaché, il faut d'abord transmettre un avant-projet aux caisses de sécurité sociale et au Conseil d'État, après quoi il faut attendre quinze jours pour la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale en conseil des ministres avant de transmettre enfin le texte aux parlementaires.

J'ai indiqué, avec toutes les précautions d'usage, qu'à partir de l'année prochaine, nous procéderions autrement : tout le monde aurait tout en même temps, même s'il ne faut pas se méprendre sur la nature juridique de ce qui sera transmis aux parlementaires avant la présentation au conseil des ministres, c'est-à-dire un avant-projet.

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission des affaires culturelles*. La commission vous en a remercié.

M. le ministre de la santé et des solidarités. N'allez pas faire croire à qui que ce soit que de telles mesures se prennent en catimini : nous sommes dans le domaine législatif, pas dans le domaine réglementaire. Le débat se déroule devant la représentation nationale, en commission et ensuite en séance publique. Vous ne ferez croire le contraire qu'à ceux qui sont tentés de vous suivre, et je ne suis pas certain qu'ils soient si nombreux.

Mme Jacqueline Fraysse. Vous avez quand même réuni une belle unanimité contre vous.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ce débat se déroule au grand jour. Nous ne sommes ni distraits, ni discrets. Simple, nous avons décidé de changer ces règles de présentation.

Je voudrais aller un plus loin encore. On tente de faire croire que cette mesure bouleverse notre système de santé. Dois-je rappeler quel est le gouvernement qui, en 1983, a créé le forfait hospitalier ?

Mme Jacqueline Fraysse. C'était une mauvaise mesure, et j'avais voté contre.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je vous remercie, madame Fraysse, de bien vouloir apporter de l'eau à mon moulin.

M. Gérard Bapt. Nous assumons.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Très bien, mais n'allez pas me faire croire qu'à l'époque, vous aviez changé la nature du système.

Je voudrais également tordre le cou à cette idée selon laquelle nous aurions, depuis 2002, privatisé le système. Vous connaissez, là aussi, les chiffres qui figurent dans le rapport de la sécurité sociale concernant la structure des dépenses de santé. Depuis 2002, la prise en charge par le régime général a changé, c'est vrai : la prise en charge est passée de 76,5 % en 2002 à 76,7 % aujourd'hui. L'assurance maladie prend de plus en plus en charge les dépenses. Les ménages participaient à hauteur de 9,4 % en 2002 ; aujourd'hui leur contribution s'élève à 9,1 %. Quant aux mutuelles, que vous évoquez souvent, avec des arguments démagogiques à géométrie variable par rapport au débat sur la réforme de l'assurance maladie, leur participation était de 7,3 % en 2002 ; elle était toujours de 7,3 % à la fin de l'année 2004.

N'allez pas faire croire que nous avons changé de système, que le débat est entre le gros risque et le petit risque. Tout le monde doit faire des efforts. Les Français en ont fait, l'industrie pharmaceutique mais également les complémentaires, dans une bien moindre mesure, peuvent en faire également, pour nous permettre de conserver notre système de sécurité sociale. C'est aussi simple que cela. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je voudrais remercier M. le rapporteur d'avoir reconnu qu'on bougeait le curseur, ce que nous disons tous, et qu'on basculait sur les complémentaires et la famille.

Quant au coût réel de la mesure, monsieur le ministre, affiché aujourd'hui à 100 millions, je ne le discute pas. Je ne sais pas si le Haut Conseil a parlé ce matin de 100 ou de 130 millions. Je constate simplement une contradiction dans les dépêches de l'AFP. Le jour où vous avez présenté le projet, la première dépêche chiffrait le coût de la mesure à 200 millions, la seconde le chiffrait à 100 millions. Nous verrons l'année prochaine ce qu'il en est réellement.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix les amendements n^{os} 140, 190 rectifié et 211.

Je vous prie de bien vouloir regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

Nombre de votants	40
Nombre de suffrages exprimés	40
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	12
Contre	28

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Je suis saisi d'un amendement n^o 222.

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

M. Jean-Luc Prével. Je propose d'ajouter aux exceptions déjà prévues par le texte, et dont nous n'avons pas encore parlé, les actes de prévention et de dépistage. Je suis d'ailleurs surpris, et heureux, que cet amendement soit passé à travers la censure de la commission des finances parce que cette mesure a un coût, incontestablement.

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

M. Jacques Domergue, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. La commission a repoussé cet amendement, mais il serait intéressant que le Gouvernement précise ce qu'il en est parce que, habituellement, les actes et de prévention sont déjà pris en charge dans le cadre de programmes de dépistage. Il en est ainsi pour la mammographie pour la prévention du cancer du sein et pour la coloscopie dans certains départements où le dépistage est organisé.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement, pour plusieurs raisons.

Les exonérations existent déjà dans le cadre d'un dépistage organisé – outre le cancer du sein, je souhaite développer d'autres dépistages de cancer. Elles sont maintenues. Par ailleurs, le coût d'un grand nombre de ces dépistages est inférieur à 91 euros. Ils ne sont donc pas concernés par cette mesure, le ticket modérateur existant depuis des années pour les actes inférieurs à 91 euros.

Pour le reste, cette question relève d'un décret. Mais tous les actes spécifiques, ceux cotés Z ou R notamment, ne sont pas concernés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Très bien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. C'est d'ailleurs ce qui a peut-être pu induire en erreur certains quant au coût de cette mesure.

S'agissant des macrobiopsies ou les biopsies qui sont réalisées sous guidage radiographique, le seul problème qui pourrait se poser serait celui d'un forfait qui regrouperait des actes qui étaient cotés K et d'autres qui sont cotés Z. Le décret que nous prendrons exclura bien, quand il s'agit de prévention et de dépistage, l'application de cette limitation du ticket modérateur, monsieur Prél. Voilà pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable à cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 222.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 37.

(L'article 37 est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, n° 2575 :

Rapport, n° 2609, tomes I à V, de MM. Jean-Pierre Door, Jacques Domergue, Mmes Cécile Gallez et Marie-Françoise Clergeau, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Avis, n° 2610, de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

À quinze heures, deuxième séance publique :

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

À vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le vendredi 28 octobre 2005, à une heure trente.)

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

JEAN PINCHOT

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la 3^e séance

du jeudi 27 octobre 2005

SCRUTIN (n° 844)

sur l'amendement n° 233 (3^e rectification) du Gouvernement après l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (aménagement au régime des contrats d'assurance complémentaire de santé).

Nombre de votants	34
Nombre de suffrages exprimés	34
Majorité absolue	18
Pour l'adoption	30
Contre	4

L'Assemblée nationale a adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Pour : 28 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votants : MM. Yves **Bur** (président de séance) et Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (150) :

Contre : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Pour : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22).

Non-inscrits (11).

Mises au point au sujet du présent scrutin

(Sous réserve des dispositions de l'article 68, alinéa 4, du règlement de l'Assemblée nationale)

M. Gérard **Bapt**, Mme Jacqueline **Fraysse**, M. André **Gerin**, Mmes Paulette **Guinchard** et Ségolène **Royal**, qui étaient présents au moment du scrutin ou qui avaient délégué leur droit de vote, ont fait savoir qu'ils avaient voulu voter « contre ».

SCRUTIN (n° 845)

sur les amendements n° 140 de Mme Fraysse, n° 174 de Mme Billard, n° 190 rectifié de M. Jean-Marie Le Guen et n° 211 de M. Prél tendant à supprimer l'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros).

Nombre de votants	40
Nombre de suffrages exprimés	40
Majorité absolue	21
Pour l'adoption	12
Contre	28

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Contre : 28 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votants : MM. Yves **Bur** (président de séance) et Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (150) :

Pour : 8 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe Union pour la démocratie française (30) :

Pour : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 2 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (11).

Mises au point au sujet du présent scrutin

(Sous réserve des dispositions de l'article 68, alinéa 4, du règlement de l'Assemblée nationale)

MM. Charles **Cova** et M. Paul-Henri **Cugnenc**, qui étaient présents au moment du scrutin ou qui avaient délégué leur droit de vote, ont fait savoir qu'ils avaient voulu voter « contre ».



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
03	Compte rendu..... 1 an	114,90
33	Questions..... 1 an	80,60
83	Table compte rendu.....	21,90
93	Table questions.....	17,40
	DÉBATS DU SÉNAT :	
05	Compte rendu..... 1 an	97,30
35	Questions..... 1 an	62,00
85	Table compte rendu.....	18,60
95	Table questions.....	12,30
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
07	Série ordinaire..... 1 an	576,80
27	Série budgétaire..... 1 an	69,30
	DOCUMENTS DU SÉNAT :	
09	Un an.....	527,10

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Décret n° 2004-1434 du 23 décembre 2004

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15
 STANDARD : 01-40-58-75-00 – RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 – TÉLÉCOPIE ABONNEMENT : 01-40-58-77-57

Prix du numéro : 0,90 €
(Fascicules compte rendu et amendements.)