

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

28^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du jeudi 26 octobre 2006

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. ÉRIC RAOULT

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (nos 3362, 3384) (p. 6656).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 6656)

TROISIÈME PARTIE (*suite*)

Article 20. – Adoption (p. 6656)

Après l'article 20 (p. 6656)

Amendement n° 448 : MM. Yves Censi, Pierre-Louis Fagniez, rapporteur de la commission des affaires culturelles pour les recettes et l'équilibre général ; Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. – Adoption de l'amendement n° 448 modifié.

Amendement n° 103 avec les sous-amendements n°s 446 et 447 : MM. Bruno Gilles, le ministre délégué, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption des sous-amendements n°s 446 et 447 et de l'amendement n° 103 modifié.

Article 21 (p. 6657)

M. Patrick Braouezec.

Amendements de suppression n°s 104, 46, 87, 266 et 318 : MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Jean-Luc Prével, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Bruno Gilles, le ministre délégué, Gilles Carrez. – Rejet.

Adoption de l'article 21.

Après l'article 21 (p. 6659)

Amendement n° 309 : MM. Bruno Gilles, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre délégué. – Rejet.

Article 22 (p. 6660)

MM. Patrick Braouezec, Jean-Luc Prével.

Adoption de l'article 22.

Article 23 et annexe C (p. 6661)

MM. Patrick Braouezec, Jean-Luc Prével.

Amendement de suppression n° 47. – Rejet.

Amendement n° 456 rectifié : MM. le ministre délégué, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption.

Adoption de l'article 23 et de l'annexe C modifiés.

Article 24 (p. 6662)

M. Jean-Luc Prével.

Amendements n°s 454 et n° 26 : MM. le ministre délégué, Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances. – Retrait de l'amendement n° 26.

M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption de l'amendement n° 454.

Adoption de l'article 24 modifié.

Article 25 (p. 6663)

Amendement n° 455. – Adoption.

Adoption de l'article 25 modifié.

Article 26 (p. 6663)

M. Jean-Luc Prével.

Adoption de l'article 26.

Article 27. – Adoption (p. 6663)

Article 28 (p. 6663)

Amendement de suppression n° 319. – Rejet.

Adoption de l'article 28.

Article 29 (p. 6663)

Amendement n° 27 deuxième rectification : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre délégué. – Adoption.

Adoption de l'article 29 modifié.

Article 30 (p. 6663)

Amendement n° 106 : MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre délégué. – Adoption.

Adoption de l'article 30 modifié.

Après l'article 30 (p. 6664)

Amendement n° 151 : MM. le ministre délégué, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption.

Amendement n° 150 : MM. le ministre délégué, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption.

Article 31 (p. 6664)

M. Jean-Luc Prével.

Adoption de l'article 31.

Article 9 et annexe B (*précédemment réservés*) (p. 6664)

MM. Patrick Braouezec, Jean-Luc Prével.

Amendement de suppression n° 41 : MM. Patrick Braouezec, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le ministre délégué. – Rejet.

Amendement n° 366 rectifié. – Adoption.

Amendement n° 457 rectifié. – Adoption.

Adoption de l'article 9 et de l'annexe B modifiée.

Adoption de l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

QUATRIÈME PARTIE

Article 32 (p. 6666)

MM. Jean-Luc Prével, Patrick Braouezec, Bernard Debré, Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Denis Jacquat.

Amendement n° 320 : MM. Bruno Gilles, Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; le ministre délégué, Patrick Braouezec, Bernard Debré. – Retrait.

Adoption de l'article 32.

Après l'article 32 (p. 6668)

Amendement n° 198 : MM. Denis Jacquat, Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités. – Adoption.

Article 33 (p. 6668)

MM. Patrick Braouezec, le ministre, Jean-Luc Prével, Richard Mallié.

Amendement n° 28 rectifié : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; le ministre, Claude Évin, Richard Mallié, Marc Le Fur. – Adoption.

Amendement n° 322 : MM. Bruno Gilles, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Retrait.

Adoption de l'article 33 modifié.

Après l'article 33 (p. 6673)

Amendement n° 29 : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre, Claude Évin. – Rejet.

Article 34 (p. 6675)

MM. Jean-Luc Prével, le ministre, Claude Évin, Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles.

Amendement n° 88 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre, Jean-Luc Prével. – Rejet.

Adoption de l'article 34.

Suspension et reprise de la séance (p. 6677)

Article 35 (p. 6677)

Amendement de suppression n° 148 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 162 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 149 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 378 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 379 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n° 161 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 380 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 381 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 324 : MM. Bruno Gilles, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Retrait.

Amendement n° 382 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n° 383. – Adoption.

Amendement n° 384. – Adoption.

Amendements identiques n°s 112 rectifié et 325 : MM. Bruno Gilles, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 207 : MM. Claude Évin, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 385. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 244 et 30 : MM. Claude Évin, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le rapporteur pour avis, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 113 et 326. – Adoption.

Adoption de l'article 35 modifié.

Article 36 (p. 6681)

Amendements identiques n^{os} 114 et 327 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 36 modifié.

Après l'article 36 (p. 6681)

Amendement n^o 386 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Adoption.

Article 37 (p. 6681)

Amendement n^o 328 : MM. Bruno Gilles, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Retrait.

Adoption de l'article 37.

Après l'article 37 (p. 6682)

Amendement n^o 221 rectifié : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 214 rectifié : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Retrait.

Amendement n^o 31 : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Article 38 (p. 6683)

Amendement n^o 210 : MM. Claude Évin, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 38.

Article 39 (p. 6684)

Amendement n^o 60 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 163, 164 et 329 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 387. – Adoption.

Amendement n^o 388. – Adoption.

Amendement n^o 116. – Adoption.

Amendement n^o 389. – Adoption.

Amendement n^o 390. – Adoption.

Amendement n^o 391. – Adoption.

Amendement n^o 392. – Adoption.

Amendement n^o 393 rectifié. – Adoption.

Amendement n^o 394. – Adoption.

Amendement n^o 396 rectifié : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n^o 395 : M. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Adoption.

Amendement n^o 165 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Adoption de l'article 39 modifié.

Après l'article 39 (p. 6685)

Amendements identiques n^{os} 444, 62 rectifié, 187 rectifié et 335 avec les sous-amendements n^{os} 463 et 464 à l'amendement n^o 444 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Bruno Gilles, le ministre, Claude Évin. – Adoption des sous-amendements n^{os} 463 et 464 et des amendements n^{os} 444, 62 rectifié, 187 rectifié et 335 modifiés.

Amendement n^o 450 avec le sous-amendement n^o 462 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON

MM. le ministre, Claude Évin, Jean-Luc Prével. – Adoption du sous-amendement n^o 462 et de l'amendement n^o 450 modifié.

Amendements n^{os} 397 rectifié et 288 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Jean-Luc Prével. – Adoption de l'amendement n^o 397 rectifié ; l'amendement n^o 288 tombe.

Amendement n^o 289 : M. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 209 : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre, Gérard Bapt. – Rejet.

Amendements n^{os} 32 et 168 : MM. le rapporteur pour avis, Jean-Luc Prével, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Rejets.

Amendement n^o 402 : MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Retrait.

Amendement n^o 245 rectifié : MM. le ministre, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Gérard Bapt. – Adoption.

Amendements n^{os} 213 rectifié et 398 : MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. – Retrait de l'amendement n^o 398.

M. le ministre. – Adoption de l'amendement n^o 213 rectifié.

Article 40 (p. 6689)

Mme Jacqueline Fraysse, M. le ministre.

Adoption de l'article 40.

Après l'article 40 (p. 6690)

Amendement n° 460 : MM. le ministre délégué, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Gérard Bapt. – Adoption.

Amendements identiques n°s 33, 172 et 278 : MM. le rapporteur pour avis, Jean-Luc Prével, Gérard Bapt, le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 55 : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le ministre, Gérard Bapt, Claude Évin, Jean Leonetti. – Rejet.

Article 41 (p. 6693)

Mme Jacqueline Fraysse, MM. Marc Le Fur, Jean-Luc Prével, Gérard Bapt, le ministre.

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

2. **Énergie.** – Communication relative à la désignation d'une commission mixte paritaire. (p. 6698).
3. **Modification de l'ordre du jour prioritaire** (p. 6698).
4. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 6698).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTIE DE M. ÉRIC RAOULT,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2007

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (n^{os} 3362, 3384).

Discussion des articles *(suite)*

M. le président. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'article 20.

TROISIÈME PARTIE *(suite)*

Article 20

M. le président. Sur l'article 20, je suis saisi d'un amendement n^o 265...

Il n'est pas défendu.

Je mets aux voix l'article 20.

(L'article 20 est adopté.)

M. le président. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 20.

Après l'article 20

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 448.

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

M. Yves Censi. Monsieur le président, monsieur le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, mes chers collègues, en dépit de son apparence technique, cet amendement est à la fois simple et important. Il s'agit de faire en sorte que les évolutions inscrites dans le code de la sécurité sociale puissent être pleinement appliquées aux salariés agricoles régis par le code rural. Notons au passage – et cela relève pleinement de notre responsabilité – qu'il serait bon de prévoir un alignement des règles, non pas *a posteriori*, mais dès l'élaboration des projets.

Cet amendement vise à préciser que l'exonération de cotisation de la contribution des employeurs aux régimes de retraite supplémentaires concerne également le secteur agricole. Il fixe les conditions d'exonération de cotisations sociales des sommes versées au titre des contrats de prévoyance collectifs obligatoires couvrant des personnes du secteur agricole. Il précise que la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail entre dans l'assiette des cotisations sociales. Il précise également les modalités d'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs destinées au financement des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires. Il introduit dans le code rural les modalités d'exclusion de l'assiette des assurances sociales agricoles des actions gratuites attribuées aux salariés et aux mandataires sociaux. Il précise encore le régime social des sommes réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat d'une infraction de travail dissimulé. Enfin, il permet aux groupements d'employeurs multisectoriels de bénéficier des allègements de cotisations pour l'emploi de travailleurs occasionnels. Le V de l'amendement assouplit en ce sens les conditions fixées par l'article 27 de la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006.

Toutes ces mesures sont nécessaires pour renforcer la cohésion nationale. Il est en effet de la responsabilité de la représentation nationale d'éviter le morcellement des droits individuels, qui aboutit forcément au développement de situations d'exclusion. L'Assemblée s'honorerait à voter cet amendement, qui vise à faire bénéficier l'ensemble du monde agricole des évolutions inscrites dans le code de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement a été repoussé par la commission à titre conservatoire car M. Censi n'était pas là pour le défendre comme il vient de le faire. Force est de reconnaître que, si elle avait disposé de tous les éléments qu'il vient de donner, il est vraisemblable qu'elle aurait émis un avis favorable. À titre personnel, j'y suis donc favorable.

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, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n^o 448.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement est favorable à cet amendement. J'ai eu l'occasion de m'entretenir de ce sujet avec Yves Censi à plusieurs reprises : il n'y a effectivement aucune raison de maintenir ces différences de traitement entre les exploitants agricoles et les autres actifs.

M. le président. La parole est à M. Yves Censi.

M. Yves Censi. Merci, monsieur le ministre, pour cette position. Nous avons effectivement discuté de chacun de ces points et vous avez compris qu'il s'agissait non pas d'un sujet technique mais d'une mise à niveau pour l'ensemble des travailleurs salariés français.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. C'est une question d'égalité.

M. Yves Censi. Tout à fait.

M. le président. Levez-vous le gage, monsieur le ministre ?

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement lève le gage.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 448, compte tenu de la suppression du gage.

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

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 103, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n°s 446 et 447.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir l'amendement n° 103.

M. Bruno Gilles. Au-delà de cet amendement, Dominique Tian et moi-même souhaitons faire une observation. L'an passé, en effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale avait consacré deux articles à la lutte contre la fraude, les articles 25 et 92, l'article 25 portant plus spécifiquement sur la lutte contre le travail dissimulé.

Or, si les décrets d'application relatifs à l'article 25 ont été publiés, on peut en revanche regretter le retard pris pour l'article 92, dont les décrets sont envisagés mais non publiés. Cela a d'ailleurs été souligné dans le rapport d'information rédigé par notre excellent collègue Jean-Pierre Door sur la mise en application de la loi, n° 2005-1579, de financement de la sécurité sociale pour 2006 du 19 décembre 2005.

Monsieur le ministre, vous avez installé hier un comité de lutte contre les fraudes. Cet outil doit permettre une véritable coordination de la lutte contre la fraude pour l'ensemble des branches et régimes de la sécurité sociale en associant les départements ministériels concernés. Vous voulez ainsi appréhender le phénomène de fraude sociale, le quantifier et proposer, le cas échéant, les mesures et les outils pertinents pour lutter contre toutes les formes de fraude, tant celles qui concernent les conditions que celles entraînant des dépenses injustifiées.

Il serait donc souhaitable, pour avoir une cohérence d'ensemble, que les décrets d'application du projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année dernière soient rapidement publiés.

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement et soutenir les sous-amendements n°s 446 et 447.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 103. Les sous-amendements n°s 446 et 447 visent à appliquer les règles que M. Gilles vient de présenter à l'UNEDIC et à l'Association pour la garantie des salaires. Ainsi, tout le champ sera couvert. Les inspecteurs pourront s'assurer de la sorte du respect des règles dans toutes les autres institutions.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 446.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 447.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 103, modifié par les sous-amendements adoptés.

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

Article 21

M. le président. La parole est à M. Patrick Braouezec, inscrit sur l'article 21.

M. Patrick Braouezec. Dans le rapport de la commission des affaires sociales, notre rapporteur nous présente dans un tableau les grands chiffres de la compensation pour 2007. Nous apprenons ainsi que le coût total des mesures d'exonération de cotisations et contributions de sécurité sociale, compensées ou non, atteindra 25,6 milliards d'euros. Sur cette somme colossale, le montant total des mesures non compensées pourrait s'établir à 2,6 milliards d'euros, contre 2,1 milliards en 2004 et 2,2 milliards en 2005.

Un tel manque à gagner contribuera pour une part non négligeable au déficit de la sécurité sociale. L'État continue donc à ne pas compenser dans leur intégralité les exonérations, en dépit des exigences posées par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Or, non seulement le projet de loi de financement de la sécurité sociale entérine ce regrettable état de fait, mais il nous propose d'aller encore plus loin puisque l'article 21 prévoit la non-compensation de trois mesures : le dispositif pour les stagiaires, le contrat de transition professionnelle et l'aide aux chômeurs créateurs d'entreprise.

Les arguments fournis par l'exposé des motifs sont un peu courts, reprenant le couplet qui nous est servi depuis plus de vingt ans selon lequel toute mesure d'allègement de charges sociales favoriserait nécessairement la croissance économique et l'emploi, par conséquent les rentrées de recettes sous forme de cotisations supplémentaires.

Nous savons d'expérience que ce n'est pas vrai. Nous n'accepterons pas une telle pétition de principe, au moment où la Cour des comptes pointe le coût très élevé et l'efficacité quantitative incertaine de ces exonérations.

Pour ces raisons, nous proposons la suppression de cet article par l'amendement n° 46 que vous pourrez, monsieur le président, considérer comme défendu.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n°s 104, 46, 87, 266 et 318, tendant à supprimer l'article 21.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 104.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Bien que la commission ait décidé, contre mon avis, de supprimer l'article 21, je voudrais dire à mes collègues de la majorité que j'aime bien cet article parce qu'il

donne une transparence totale aux relations entre l'État et la sécurité sociale. Le rapporteur général du budget, hier, a insisté sur ce point et je suis heureux de le voir aujourd'hui pour débattre de l'équilibre entre les défenseurs du budget de l'État et ceux des comptes sociaux.

Cette transparence rompt avec les mauvaises habitudes que partagent, depuis 1994, la gauche et la droite, mais qui ont culminé avec la création du FOREC sous la précédente législature.

Cet article, que j'assume totalement, propose la non-compensation de trois mesures. Certes, c'est contestable sur le plan du principe, mais cet article a le mérite d'exister et de permettre le débat sur l'opportunité de la non-compensation.

L'une de ces trois mesures – le contrat de transition professionnelle – est expérimentale : elle n'est donc pas pérenne. Quant à l'ACCRE, à partir du moment où le dispositif initial antérieur à 1994 n'était pas compensé, il est difficile de compenser uniquement l'extension prévue par le présent projet de loi.

Mes chers collègues de la majorité, vous qui m'écoutez attentivement et qui avez voté pour la suppression de l'article, votre choix, légitime dans son principe, doit cependant être mesuré à l'aune de ses conséquences, que je tiens à vous rappeler : si les exonérations en cause sont maintenues, il faut que l'État accroisse ses dépenses pour compenser les mesures considérées. Êtes-vous prêts à accroître les dépenses de l'État ? À défaut, êtes-vous prêts à accroître les dettes de l'État envers la sécurité sociale ?

Je ne peux pas le croire et j'en appelle à votre sens des responsabilités, qui n'a jamais fait défaut. Je crois que l'on peut faire une exception cette année et profiter de la transparence accrue qu'apporte la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en adoptant – même à contrecœur, comme cela me semble être le cas – l'article 21.

Monsieur le ministre, cette adoption ne saurait constituer un encouragement à multiplier les exonérations non compensées. Si l'on souhaite réformer le financement de la sécurité sociale, il faut, d'une part, réduire au maximum les exonérations de cotisations et les réductions d'assiette, et, d'autre part, apurer les nombreuses dettes de l'État. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

M. le président. L'amendement n° 46 a été défendu par M. Braouezec.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 87.

M. Jean-Luc Prével. Je m'adresse à mes collègues de l'UMP pour leur demander d'admirer la dialectique de notre rapporteur.

Monsieur le rapporteur, mes chers collègues, êtes-vous prêts à accroître le déficit de la protection sociale ? Êtes-vous prêts à accroître son endettement ? Êtes-vous prêts à accroître les intérêts que nous devons nécessairement payer pour financer cet endettement ? Je pense que non ! Je vous rappelle que vous avez, il y a quelque temps, voté une loi obligeant l'État à compenser la totalité des exonérations qu'il a lui-même décidées.

Que l'État ait une politique pour l'emploi, c'est parfaitement compréhensible. Qu'il souhaite la financer, c'est normal, mais qu'il s'exonère de cette obligation, cela paraît étonnant, pour ne pas employer un autre adjectif. Ce n'est pas acceptable. Le ministre est d'accord avec moi

puisqu'il évoquait tout à l'heure le manque dramatique de 100 millions d'euros dans les caisses. Vouloir que l'État compense les exonérations de cotisations qu'il décide lui-même augmenterait peut-être la dette de 5 milliards de l'État à la sécurité sociale, mais ce serait plus clair. Comment peut-on voter des lois qui exigent la compensation, et ensuite trouver normal de ne pas respecter la loi que nous avons votée ?

Pour moi, le principe est très simple : les exonérations décidées par l'État doivent être compensées. Je demande donc la suppression de cet article.

M. le président. L'amendement n° 266 est-il défendu ?

Mme Marie-Françoise Clergeau. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir l'amendement n° 318.

M. Bruno Gilles. L'article 21 pose une vraie question de principe : il ne s'agit pas de savoir, comme le préconisent la loi organique et l'exposé des motifs de l'article, si seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent introduire de nouveaux dispositifs de non-compensation d'exonérations de charges, mais si ceux-ci se justifient. Cette question a fait l'unanimité au sein de la commission. Cet article est inquiétant car il conduit à faire légitimer par la représentation nationale un principe qui n'est pas sain par rapport à une bonne gestion des finances publiques et qui entretient la complexité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Celles-ci deviennent un maquis de plus en plus inextricable, dans lequel il est difficile de savoir ce qui est compensé et ce qui ne l'est pas.

La non-compensation reviendrait à faire supporter le financement de la politique de l'emploi par les cotisants de la sécurité sociale, en particulier les salariés et les entreprises. Les sénateurs, lors de la discussion du projet de loi organique relative aux lois de finances, avaient voulu introduire au cœur de la loi organique le principe de compensation intégrale posé par la loi Veil de 1994. Il leur avait alors été répondu que cet ajout n'était pas autorisé par la Constitution.

Notre amendement reprend le principe de la compensation intégrale. Oui à l'expérimentation sociale, mais pas aux frais de la sécurité sociale, dont ce n'est pas la mission. J'espère que cet amendement pourra être adopté.

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. Vous connaissez ma conviction, qui est celle de l'ensemble du Gouvernement : en principe, les exonérations de cotisations sociales doivent toutes faire l'objet de compensations.

M. Patrick Braouezec. Voilà !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Si j'ai dit « en principe », c'est que malheureusement...

M. Patrick Braouezec. Il y a des dérogations !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. ... ce principe souffre depuis longtemps d'un certain nombre d'exceptions.

Mais vous avez voulu, avec l'accord du Gouvernement, que ces exceptions restent, si j'ose dire, exceptionnelles, et étroitement circonscrites. Pour en avoir la garantie, vous avez adopté une loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, qui stipule que si, à l'avenir, de

nouvelles exonérations créées au service de nos politiques publiques devaient ne pas être compensées, il ne faudrait pas le faire subrepticement mais en toute transparence et avec l'accord de la représentation nationale. C'est la raison pour laquelle la loi organique a prévu que dorénavant serait inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale toute dérogation au principe de compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales.

C'est donc très loyalement que le Gouvernement, dans le projet de loi qui vous est présenté, a inscrit à l'article 21 trois mesures d'exonération. Sur ces trois mesures, deux ne devraient pas vous surprendre puisqu'elles existaient déjà dans le dispositif antérieur : il s'agit de l'aide à la création d'entreprise – l'ACCRE – et de l'exonération pour les stagiaires en entreprise.

Nous avons tout simplement changé le régime de ces deux aides en remplaçant le seuil d'exonération par un pourcentage par rapport au plafond de la sécurité sociale et, dans un souci de loyauté, nous avons décidé que les exonérations traditionnelles devaient être présentées au Parlement et inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Je le reconnais bien volontiers, la troisième mesure que nous vous proposons – le contrat de transition professionnelle – est nouvelle, mais il s'agit d'un dispositif expérimental de faible amplitude.

Il nous est très difficile de « faire dans la dentelle », mais je vous donne l'assurance que si ce contrat de transition professionnelle devait être généralisé et dépasser l'expérimentation proposée, nous rediscuterions de sa compensation.

Les exonérations non compensées dont il s'agit ici concernent des régimes peu importants, alors qu'il subsiste un vaste champ de ressources qui échappent aux prélèvements sociaux du fait d'exonérations non compensées beaucoup plus anciennes. Il ne faudrait pas que l'arbre cache la forêt. Le débat sur la réforme du financement de la sécurité sociale, tel que nous l'avons amorcé hier avec le rapporteur général, ne peut avoir lieu à l'occasion de l'examen d'exonérations consenties pour des régimes d'aide de petite taille, car c'est un sujet relativement anecdotique.

C'est la raison pour laquelle je demande à l'Assemblée de bien vouloir, s'ils ne sont pas retirés par leurs auteurs, rejeter ces amendements et maintenir l'article 21 dans le texte qui vous est présenté.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Si la commission a adopté la suppression de l'article, je partage, pour ma part, l'avis de M. le ministre. Je demande donc à l'Assemblée de revenir sur cette décision de la commission.

M. le président. Monsieur Braouezec, je suppose que l'amendement n° 46 est maintenu.

M. Patrick Braouezec. Oui, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Prél, qu'en est-il de votre amendement n° 87 ?

M. Jean-Luc Prél. Il est maintenu.

M. le président. Madame Clergeau, l'amendement n° 266 est-il maintenu ?

Mme Marie-Françoise Clergeau. Oui, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Gilles, qu'en est-il de votre amendement ?

M. Bruno Gilles. Il est maintenu.

M. le président. La parole est à M. Gilles Carrez.

M. Gilles Carrez. J'ai apprécié les interventions du rapporteur, Pierre-Louis Fagniez, et du ministre. Il y a un principe, celui de la compensation. 20 milliards d'euros d'exonérations de charges font l'objet d'une compensation intégrale, compensation tellement efficace que, pour l'année 2006 par exemple, ce sont 300 millions d'excédents de recettes qui ont été transférés du budget de l'État. Bien sûr, l'article 21 est une petite entorse – mais le ministre l'a bien expliquée – à ce principe général de compensation que nous défendons également.

Nous avons voté avant-hier le budget de l'État avec un déficit de 41,6 milliards d'euros, et, si nous supprimions l'article 21, ce sont 100 millions supplémentaires qu'il faudrait trouver et que nous n'avons pas. Je pense donc qu'il faut être très ferme sur le principe de compensation. Moi-même, dans le cadre de mon travail de rapporteur général, j'ai régulièrement appelé l'attention, depuis trois ans, lors des réformes fiscales que nous avons engagées, sur l'aspect CSG et sur le risque de priver la sécurité sociale de ressources. Par exemple, lorsque l'amendement Fourgous sur l'assurance-vie a été adopté en juillet 2005, c'est moi qui ai alerté l'Assemblée en expliquant que si l'on transforme des contrats en euros en contrats multisupport, la CSG, au lieu d'être payée chaque année, ne sera payée que lors du dénouement du contrat, ce qui posera un problème à la sécurité sociale.

Chers collègues, s'agissant du budget de l'État, nous avons toujours agi avec le souci de respecter les comptes sociaux. Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, soyons raisonnables : suivons le rapporteur et le ministre pour maintenir l'article 21.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 104, 46, 87, 266 et 318.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 21.

(L'article 21 est adopté.)

Après l'article 21

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 309, portant article additionnel après l'article 21.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir cet amendement.

M. Bruno Gilles. Cet amendement vise à rétablir une disposition qui a été malencontreusement supprimée lors du vote du PLFSS pour 2006. En effet, en matière de négociations sociales, le principe est de laisser les partenaires sociaux s'entendre directement et de ne légiférer que s'ils ne se mettent pas d'accord. C'est ce qu'a d'ailleurs rappelé, voilà quelques jours, le Président de la République à propos de la réforme du dialogue social. Un second principe, qui s'articule avec le précédent, est le principe de faveur : si l'on déroge à la loi, à un accord national interprofessionnel, à un accord ou à une convention de branche, il faut que la dérogation bénéficie au salarié.

Actuellement, la répartition entre salariés et entreprises des cotisations de retraites complémentaires – retraites obligatoires de l'ARRCO et de l'AGIRC – résulte d'accords nationaux interprofessionnels. Par conséquent, rien n'interdit à un accord d'entreprise de prévoir une répartition plus favorable

aux salariés. L'entreprise prend alors irréversiblement à sa charge tout ou partie de la cotisation payée par le salarié. En procédant à ce transfert de charges – et j'insiste sur ce terme car il s'agit simplement d'un transfert de charge –, on combine dialogue social et principe de faveur.

La loi intervient par ailleurs pour fixer les règles de déductibilité des cotisations de retraites complémentaires. C'est l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale qui définit ces règles.

Avant la loi Fillon du 21 août 2003 sur les retraites, cette modification par accord d'entreprise était possible, quoique contestée par les URSSAF, mais la Cour de cassation tranchait systématiquement en faveur de la liberté de répartition. La loi Fillon clarifia l'article L. 242-1 dudit code : la répartition de ces cotisations entre partenaires devenait clairement libre, pourvu que le principe de faveur soit respecté.

Or la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a rendu cette répartition plus favorable aux salariés proprement impossible en soumettant les cotisations transférées aux charges sociales. Non seulement ce coût prohibitif s'applique pour le futur, mais encore aux accords antérieurement signés sous l'ancienne législation, accords irréversibles puisque devenus des avantages acquis. Il était déjà regrettable de pénaliser les entreprises qui s'étaient montrées les plus « sociales », mais était-il judicieux d'interdire aux autres de le devenir ?

Notre amendement vise donc à rendre de nouveau possible les transferts de charges en matière de retraites complémentaires, ce qui présente le double avantage de raviver le dialogue social et de redonner du pouvoir d'achat aux salariés. Le tout, mes chers collègues, sans la moindre perte de recettes car ni les URSSAF ni les ASSEDIC ni les caisses de retraites complémentaires ne perdent un centime d'euro dans cette opération. Au contraire, l'État y gagne en recettes de TVA et d'IRPP. Par conséquent, il me paraît logique de rétablir cette mesure salutaire.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement a été rejeté par la commission

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. Messieurs les députés, j'attire votre attention sur le fait que vous avez voté, l'année dernière, la disposition sur laquelle M. Gilles vous propose de revenir aujourd'hui.

En effet, tout chef d'entreprise peut fort bien décider – dans le cadre d'accords collectifs ou en dehors d'accords collectifs – d'augmenter une partie de la rémunération servie à ses salariés sous forme de souscriptions, pour le compte des salariés, à des contrats de retraite complémentaire, d'institution de prévoyance sociale ou bien encore de mutuelle. L'employeur en a la liberté, et c'est un moyen non seulement de nourrir le dialogue social dans l'entreprise, mais aussi d'améliorer la situation des salariés de l'entreprise. On ne peut donc qu'être favorable au développement de ces pratiques.

Pour autant, monsieur le député, il ne serait pas convenable de prélever une partie de la marge de manœuvre – qui existe dans l'entreprise pour augmenter les rémunérations –

pour distribuer de la rémunération nette de cotisations sociales, car c'est l'assiette de la sécurité sociale qui serait ainsi réduite !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Eh oui !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cela, nous ne le voulons à aucun prix pour une raison très simple : face au vieillissement de la population, nous aurons besoin, dans les années à venir, de continuer à développer les ressources de la sécurité sociale et non pas de les « miter » !

Il y a un instant, plusieurs d'entre vous ont présenté un amendement exigeant la compensation intégrale. Voilà que, maintenant, les mêmes...

M. Patrick Braouezec et Mme Marie-Françoise Clergeau. Le même !

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. ... défendent un amendement qui réduirait les recettes de la sécurité sociale ! Le Gouvernement est donc défavorable à l'amendement n° 309.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 309.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 22

M. le président. Deux orateurs sont inscrits sur l'article 22.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Cet article ne doit tromper personne : la compensation prévue, à 2,9 milliards, est loin de compenser l'intégralité des exonérations que votre gouvernement distribue allégrement, sans retenue, pour les effets que l'on connaît.

Permettez-moi de souligner combien les déficits sont finalement « très relatifs ».

En effet, pour 2007, le montant total des exonérations de cotisations et contributions sociales, compensées ou non, atteindra 25,6 milliards. Sur ces 25,6 milliards, seulement 20,2 seront compensées au titre du « panier » de taxes, auquel s'ajoutent les 2,9 milliards prévus à cet article. Il reste donc 2,6 milliards non compensés – après les absences de compensations, en constante augmentation, de 2,1 milliards en 2004 et de 2,2 milliards en 2005. C'est considérable.

C'est considérable au regard des déficits, mais aussi de l'efficacité pour l'emploi.

Cette course effrénée aux exonérations est aujourd'hui fortement remise en cause. Hier, nous étions les seuls à les dénoncer, mais, aujourd'hui, nous sommes rejoints par certains. Tout d'abord, et nous l'avons dit lors de la discussion générale, cette politique est remise en cause depuis deux ans maintenant par le Premier Président de la Cour des comptes. Certains parlementaires, y compris de la majorité, s'interrogent aussi sur la pertinence de ces mesures par rapport aux effets sur l'emploi. D'autant que ces exonérations ne sont pas uniquement destinées à inciter à la création d'emploi, mais s'appliquent aussi pour le chèque transport, l'intéressement et la participation financière, par exemple.

Ces exonérations contribuent également à favoriser l'effet pervers de la « trappe à bas salaire ». On constate aujourd'hui que la moitié des salariés sont payés au niveau du SMIC et jusqu'à 1,6 SMIC. Pourquoi ? Parce que le dispositif des exonérations s'applique à plein régime au niveau de ces salaires. C'est ce qui explique, en partie, le tassement des rémunérations, puisque les employeurs sont incités à embaucher à ce niveau.

Ces exonérations sont autant de sommes qui pourraient, pourtant, être consacrées à des fins plus utiles. D'abord, pour améliorer la prise en charge des soins lorsque les finances de la sécurité sociales sont mises à contribution. Ensuite, pour satisfaire les besoins collectifs comme l'éducation, les transports et l'ensemble des services publics mis à mal par la compression des moyens.

Ces 20 milliards compensés par le budget de l'État, c'est-à-dire par l'impôt ou par les taxes, permettraient en effet de financer des besoins quotidiens, comme l'enseignement, la recherche, le logement, la vie des quartiers et autres domaines qui souffrent d'un cruel manque de moyens.

Une fois de plus, on nous avait promis un grand débat sur la réforme des cotisations de sécurité sociale, mais il semble aujourd'hui urgent de ne rien dire et de ne rien faire. Nous le regrettons, car ce débat aurait permis une évaluation des exonérations de cotisations sociales, dont nous continuons à contester le bien-fondé, et à dénoncer les aspects pervers de la trappe à bas salaires.

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

M. Jean-Luc Prével. L'article 22 correspond à l'approbation du montant des compensations d'exonérations décidées par le Gouvernement. Le coût total des exonérations est considérable : comme le rappelle l'excellent rapport de M. Fagniez, il atteindra 25,6 milliards en 2007. Nombreux sont ceux qui se demandent si, en contrepartie, la politique de l'emploi est réellement efficace. La Cour des comptes a émis de vives réserves à cet égard, et cela mérite une vraie réflexion. Il s'agit certes d'une décision de politique générale : pour favoriser l'emploi, le Gouvernement s'est engagé de longue date dans cette direction. Mais peut-être pourrions-nous revoir le financement de la protection sociale, comme il en a été question à plusieurs reprises.

Dans le contexte actuel de mondialisation, avec la concurrence acharnée que se livrent les pays, on pourrait diminuer le coût du travail en envisageant la disparition des charges sociales salariales et patronales. Cela permettrait d'augmenter le salaire net. Conséquence logique de cette évolution, le salaire net s'alignerait sur le salaire brut, ce qui redonnerait du pouvoir d'achat aux salariés et une grande compétitivité aux entreprises grâce à la diminution du coût du travail. Il resterait cependant à financer la protection sociale, notamment les branches famille et santé. L'idéal serait un financement dédié : étant donné le coût total de ces politiques, elles pourraient être financées par la CSG et par une TVA sociale.

En attendant, monsieur le ministre, il reste à compenser intégralement les exonérations de charges que vous décidez. Nous en sommes loin, on l'a dit à propos de l'article précédent. Le montant de la compensation est aujourd'hui estimé à 2,6 milliards, auxquels on peut ajouter les 5 milliards de créances qu'évoque également l'excellent rapport de M. Fagniez, et éventuellement les 6 milliards du FFIPSA. On voit donc que, si l'État compensait et donnait à la protection sociale ce qu'il lui doit, le déficit serait proche de zéro.

M. Patrick Braouezec. Eh oui !

M. le président. L'article 22 ne fait l'objet d'aucun amendement.

Je le mets aux voix.

(L'article 22 est adopté.)

M. le président. J'appelle l'article 23 et l'annexe C du projet de loi.

Article 23 et annexe C

M. le président. Deux orateurs sont inscrits sur l'article.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Nous voterons contre l'article 23, qui précise les prévisions de recettes pour 2007 et ne peut recevoir notre assentiment.

Ces prévisions ne sont pas sérieuses, en raison de la faiblesse des projections économiques qui les construisent. Mais, surtout, pour parvenir à ces recettes, on a fait feu de tout bois : tantôt c'est un patchwork de mesurées destinées à grappiller ici ou là quelques centaines de millions d'euros, tantôt c'est un wagon d'économies prévues pour dégager des marges de manœuvre, mais qui, en raison de leur caractère profondément injuste et du risque d'accroissement des inégalités d'accès aux soins qu'elles présentent, sont inacceptables.

Nous le répétons, malgré les engagements du Président de la République et l'affirmation de notre ministre de la santé, aucune mesure ne permet réellement d'assainir les comptes de la sécurité sociale pour préserver notre protection sociale des tentations prédatrices des assurances.

En outre, nous ne pouvons pas voter pour un article qui avalise les déficits, alors que des réformes sont possibles pour les résorber. Vous avez beau afficher la volonté d'y parvenir, vous rejetez tous les amendements qui permettraient de dégager des ressources nouvelles pour satisfaire les besoins.

Avec ce budget, vous n'aurez aucune possibilité d'améliorer la couverture de base des soins qui se dégrade depuis trois ans, vous vous privez de toute marge de manœuvre pour lever l'endettement croissant de l'hôpital, vous ne dégager aucune perspective pour progresser dans la reconnaissance, et donc dans la réparation, des maladies professionnelles, notamment celles liées à l'amiante.

Votre budget est sans ambition, en raison de la faiblesse de ses recettes, et il entérine doublement la dérive déficitaire des comptes de la sécurité sociale. Nous avons donc quelques raisons de douter de votre volonté de préserver notre système solidaire et universel.

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

M. Jean-Luc Prével. On ne doit pas se priver d'espérer, et l'on peut considérer que les prévisions de recettes pour 2007 pourraient être atteintes. Il n'en faut pas moins noter qu'elles sont très optimistes, puisqu'elles sont fondées sur une hypothèse de croissance élevée de 2,5 % et qu'elles tablent sur une augmentation de la masse salariale de 4,7 %.

Je ne reviendrai pas sur la non-compensation intégrale des exonérations de cotisations, estimées à 2,6 milliards. Il serait bon que l'État régularise la situation, car cela offrirait autant de recettes complémentaires. Comme il doit au minimum 5 milliards à la protection sociale, le Gouvernement nous propose, cette année, de financer les intérêts liés à cette dette. L'idéal, comme le disait hier M. Philippe Bas, serait qu'il

s'engage, dans un avenir relativement proche, à financer ces 5 milliards, ce qui éviterait d'avoir des intérêts supplémentaires à payer.

Depuis 2005, l'État a également renoncé à honorer la subvention d'équilibre du BAPSA, devenu FFIPSA. Cela entraîne un déficit cumulé de 6 milliards, que le fonds doit financer par emprunt. Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas que l'État devrait, au minimum, financer les intérêts de cet emprunt ? Cela paraîtrait juste et dans la continuité de ce que vous proposiez tout à l'heure pour les dettes de l'État.

Pour conclure, espérons que ces prévisions optimistes seront confirmées et même dépassés, ce qui diminuera le déficit prévu.

M. Patrick Braouezec. C'est un vœu pieux !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 47, tendant à supprimer l'article 23.

La parole est à M. Patrick Braouezec, pour défendre cet amendement.

M. Patrick Braouezec. Défendu.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. 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° 47.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 456 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. Monsieur le président, je voudrais d'abord répondre à M. Prél sur la question du paiement des intérêts de la dette de l'État à différents fonds. Sur le principe, monsieur Prél, nous sommes d'accord. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, cette année, pour la première fois, l'État a accepté de prendre à sa charge les intérêts de sa dette vis-à-vis de la sécurité sociale. Pour le moment, il n'a pas pu aller plus loin, en raison des difficultés de confection de la loi de finances initiale et des objectifs très ambitieux qui ont été retenus, mais il faudrait en effet que les intérêts de cette dette soient, tôt ou tard, pris en charge par l'État.

Mesdames et messieurs les députés, répondant à l'invitation de votre président, je voudrais à présent vous présenter l'amendement n° 456 rectifié. Ce matin, à l'initiative de MM. Fagniez et Rolland, vos rapporteurs, vous avez institué un prélèvement libérateur pour les contributions sociales sur les revenus de placement. Il faut en tirer les conséquences sur les prévisions de recettes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : ces recettes augmentent de 260 millions d'euros, dont 200 au titre de la CSG.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 456 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 23 et l'annexe C, modifiés par l'amendement n° 456 rectifié.

(L'article 23 et l'annexe C, ainsi modifiés, sont adoptés.)

Article 24

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél, inscrit sur l'article 24.

M. Jean-Luc Prél. S'il est un article important, c'est bien l'article 24, qui concerne l'approbation pour 2007 du tableau d'équilibre. Au moment de la réforme des retraites et de celle de l'assurance maladie, le ministre de l'époque nous avait promis que l'équilibre serait atteint en 2007. Nous en sommes loin. La branche retraite connaîtra un déficit de 3,5 milliards, qui devrait d'ailleurs croître en 2009 pour atteindre 5 milliards. On le voit, la réforme des retraites est loin d'avoir réalisé l'équilibre financier attendu pour permettre la sauvegarde de notre régime de retraite.

Pour sa part, la branche maladie connaîtra un déficit prévisionnel de 3,9 milliards. Certes, il a diminué par rapport aux années précédentes, mais il est prévu que l'ONDAM, très volontariste et modeste, sera difficilement tenu, malgré les 200 millions supplémentaires. Par ailleurs, on note des tensions extrêmement vives dans tous les domaines – hôpital, médecine de ville, infirmières, kinésithérapeutes – et qu'il serait juste, comme l'a rappelé Xavier Bertrand, de donner aux professionnels les revalorisations qu'ils attendent depuis longtemps. En outre, si l'ONDAM 2006 a été à peu près tenu – à 0,9 % –, je rappelle qu'il sera malgré tout dépassé de 700 millions, en dépit des importantes mesures comptables qui ont été prises au début de septembre, avec la baisse des tarifs des cliniques et la très forte diminution des indemnités journalières. Celle-ci se ralentit depuis quelques semaines et le directeur général de la CNAM pense qu'elle sera très modérée en 2007. Il sera donc, j'en suis convaincu, très difficile de tenir l'ONDAM 2007.

Le tableau d'équilibre prévoit un déficit de 8 milliards d'euros, qui n'est nullement financé. On avait confié à la CADES les déficits de 2003 à 2006, mais rien n'a été prévu pour les déficits de 2007 et ultérieurs.

Je voudrais également rappeler que le déficit du FSV est de 0,6 milliard et celui du FFIPSA de 2,1 milliards. Ainsi, le chiffre réel prévu en début d'année, pour 2007, sera bien de 10,7 milliards. Nous sommes donc loin de l'équilibre et l'intitulé de l'article ne manque pas de saveur : les prévisions montrent au contraire un profond déséquilibre.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 454 et 26, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le ministre délégué, pour soutenir l'amendement n° 454.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Comme pour le précédent amendement que j'ai présenté, il s'agit de tirer les conséquences, pour les tableaux de recettes et de dépenses, de l'amendement adopté à l'initiative de vos rapporteurs à l'article 16.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, pour soutenir l'amendement n° 26.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Je le retire.

M. le président. L'amendement n° 26 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 454 ?

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Accepté.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 454.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 24, modifié par l'amendement n° 454.

(L'article 24, ainsi modifié, est adopté.)

Article 25

M. le président. Sur l'article 25, je suis saisi d'un amendement n° 455.

La parole est à M. le ministre délégué, pour défendre cet amendement.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cet amendement est, lui aussi, de conséquence avec celui voté à l'article 16.

M. le président. Même avis de la commission.

Je mets aux voix l'amendement n° 455.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 25, modifié par l'amendement n° 455.

(L'article 25, ainsi modifié, est adopté.)

Article 26

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel, inscrit sur l'article 26.

M. Jean-Luc Préel. Mon propos sera bref puisque M. le ministre vient d'intervenir à ce sujet : je veux parler des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV et le FFIPSA.

J'ai bien entendu, monsieur le ministre, que vous trouviez normal que le Gouvernement finance les intérêts de l'emprunt. Reste à le faire figurer dans la loi, ce que – je n'en doute pas – vous allez nous proposer par un prochain amendement.

M. le président. L'article 26 ne fait l'objet d'aucun amendement.

Je le mets aux voix.

(L'article 26 est adopté.)

Article 27

M. le président. L'article 27 ne fait l'objet d'aucun amendement.

Je le mets aux voix.

(L'article 27 est adopté.)

Article 28

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 319, tendant à supprimer l'article 28.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour défendre cet amendement.

M. Bruno Gilles. L'amendement est défendu.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a rejeté cet amendement.

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° 319.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28.

(L'article 28 est adopté.)

Article 29

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 27 deuxième rectification.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Il s'agit d'un amendement de coordination avec l'article 4 du projet de loi de finances concernant le régime de l'hypothèque rechargeable. Cette coordination permet également de tenir compte des règles spécifiques existant en Alsace et en Moselle. C'est la raison pour laquelle j'y associe notre excellent collègue mosellan Denis Jacquat.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a adopté cet amendement.

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° 27 deuxième rectification.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 29, modifié par l'amendement n° 27 deuxième rectification.

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

Article 30

M. le président. Sur l'article 30, je suis saisi d'un amendement n° 106.

La parole est à M. le rapporteur pour défendre cet amendement.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement tend à reporter l'application de l'obligation de télédéclaration portant sur les entreprises

payant plus de 800 000 euros de cotisations du 1^{er} janvier 2007 au 1^{er} juillet 2007. Ce délai supplémentaire leur permettra d'adapter leurs équipements informatiques.

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° 106.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 30, modifié par l'amendement n° 106.

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

M. le président. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 30.

Après l'article 30

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 151.

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

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Cet amendement tend à mettre fin au système devenu désuet du comité régional d'examen des comptes puisque c'est maintenant la Cour des comptes qui certifie les comptes des organismes de sécurité sociale. Ce nouveau dispositif va donc se substituer à celui dans lequel intervenaient les COREC.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a adopté cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 151.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 150.

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 pour objet d'harmoniser à Mayotte les règles comptables de la CNAM. Il a reçu l'avis favorable des Mahorais.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a adopté cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 150.

(L'amendement est adopté.)

Article 31

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, inscrit sur l'article 31.

M. Jean-Luc Prével. Je souhaitais appeler l'attention de notre assemblée sur cet article, qui pèse lourd puisqu'il fixe les plafonds d'emprunts par branche.

À cet égard, le plafond jusqu'auquel le régime général est autorisé à emprunter est en augmentation puisque la limite est fixée – excusez du peu ! – à 28 milliards d'euros. Cette augmentation par rapport à l'année dernière est en

contradiction avec le discours officiel de nos ministres, qui parlent d'amélioration et de réussite des réformes. La logique voudrait en effet qu'une amélioration conduite à diminuer l'emprunt. Or, là, on nous propose d'augmenter les plafonds d'emprunts jusqu'à 28 milliards !

Le déficit de l'assurance maladie a été confié à la CADES jusqu'en 2006, car l'équilibre était prévu en 2007. Comme celui-ci a été repoussé à 2009, il convient, si j'ai bien compris, de financer le déficit prévu. Chaque branche – car le déficit se retrouve, malheureusement, au niveau de chacune d'elles – devra donc emprunter et payer des intérêts, ce qui aggravera leur situation respective. Il conviendra donc de revisiter rapidement les réformes des retraites et de l'assurance maladie afin de parvenir à un équilibre le plus vite possible.

M. le président. Je mets aux voix l'article 31.

(L'article 31 est adopté.)

M. le président. Nous en revenons à l'article 9 et à l'annexe B, précédemment réservés.

Article 9 et annexe B (précédemment réservés)

M. le président. Deux orateurs sont inscrits sur l'article 9.

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Lorsque le Président de la République, Jacques Chirac, le 5 janvier dernier, annonça dans son allocution prononcée à l'occasion des vœux aux forces vives – et qui essaient de le rester ! – l'ouverture « du chantier de la réforme du financement de la protection sociale », nous y avons cru.

Le 24 septembre dernier, intervenant en clôture de l'Université d'été de la Confédération des syndicats médicaux français, le ministre Xavier Bertrand insistait lui aussi sur la nécessité de poser la question du financement de la protection sociale.

Comme nous avançons depuis plusieurs années des propositions en faveur d'une réforme du financement permettant de drainer des ressources nouvelles et pérennes vers la sécurité sociale, nous n'avons pas caché notre satisfaction de voir le sujet central enfin mis à l'ordre du jour – je dis « enfin », car il avait toujours été esquivé, y compris entre 1997 et 2002.

Nous nous attendions donc à ce que le PLFSS pour 2007 concrétise les engagements pris par les plus hauts responsables de l'État et permette l'ouverture de ce débat essentiel. Nous l'espérons d'autant plus qu'un travail conséquent a été mené ces derniers mois à ce sujet.

Le Conseil d'orientation pour l'emploi, saisi par le Premier ministre afin d'étudier les différentes propositions de réforme en présence, a remis son rapport le 20 juillet dernier. Trois pistes ont été retenues : la TVA sociale ; la contribution patronale généralisée – ou CPG – taxant toute la masse salariale et le résultat courant avant impôt ; la modulation des cotisations en fonction du rapport entre la masse salariale et la valeur ajoutée. Le même Conseil suggérerait que des investigations complémentaires soient menées pour chacune d'entre elles.

Le 27 juillet, le Conseil d'analyse économique, instance placée sous la tutelle de Matignon, rendait lui aussi un avis sur ce sujet, contribuant utilement à la compréhension des enjeux en présence. Malheureusement, notre déception est à la hauteur de l'attente nourrie depuis le début de l'année.

Alors que l'exécutif sait pertinemment qu'en rester à la situation actuelle ne permettra pas de résoudre les difficultés financières de la sécurité sociale, une fois encore, ce PLFSS fait le choix du *statu quo*. Peut-on dès lors procéder sérieusement à l'examen du rapport figurant en annexe B décrivant pour les quatre années à venir – 2007-2010 – les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche ? C'est une mascarade.

Alors qu'il est de notoriété publique que les recettes ne permettront pas de couvrir les besoins, accepter d'entériner des prévisions nécessairement insincères, pour ne pas dire fantaisistes, ne serait pas sérieux.

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

M. Jean-Luc Prél. Cet article 9 est très intéressant puisqu'il tend à prévoir, ce qui est une nouveauté, les évolutions des quatre années à venir. Chacun conviendra que l'exercice est difficile compte tenu de nos expériences passées : à chaque fois, malheureusement, on s'est trompés ! Bien qu'il n'y ait rien de plus compliqué à prévoir que l'avenir, comme le dit un humoriste, je me lancerai malgré tout dans cet exercice.

Si j'ai bien compris le rapport qui nous a été distribué, deux hypothèses sont envisagées, l'une haute, l'autre basse. Or, si l'hypothèse haute est extrêmement optimiste, l'hypothèse basse l'est encore trop, puisqu'elle est fondée, pour les quatre années à venir, sur un PIB annuel de 2,25 %, sur une augmentation de la masse salariale du secteur privé de 4,4 % par an – ce qui est rarement atteint, hélas – et sur une inflation limitée annuellement à 1,75 %. Lorsque l'on connaît les incertitudes économiques, et notamment le coût du pétrole et de l'énergie, on peut se demander s'il sera possible de tenir une telle hypothèse, non pas moyenne, mais, je le répète, basse.

Nous espérons malgré tout que ce scénario bas se vérifiera, car il n'est pas impossible, sinon, que la situation soit rendue difficile d'ici à 2010, sachant que l'équilibre, selon cette même hypothèse, ne serait atteint qu'à ce moment-là, c'est-à-dire plus tardivement encore que ce qui nous avait été annoncé il y a peu.

L'exercice d'une prévision pluriannuelle est donc intéressant, mais nous en connaissons tous la fragilité. Il permet cependant d'afficher une perspective d'équilibre pour 2010 : acceptons-en l'augure !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 41, tendant à supprimer l'article 9.

La parole est à M. Patrick Braouezec, pour soutenir cet amendement.

M. Patrick Braouezec. Monsieur le ministre, je souhaite, à l'occasion de l'examen des prévisions de recettes pour 2007-2010, vous interpellier sur les conséquences de vos choix au regard des besoins.

Nous l'avons dit, l'insuffisance de recettes ne peut, faute de vouloir engager sérieusement une réforme progressiste de l'assiette des cotisations sociales patronales, que conduire à l'échec et laisser à la charge des assurés une part de plus en plus importante du coût des soins. C'est déjà le cas, mais vos choix ne peuvent que faire empirer la situation.

Ma collègue Jacqueline Fraysse vous avait déjà interpellé à ce sujet à l'issue du débat d'orientation budgétaire de l'été dernier. Elle s'étonnait alors de votre affirmation selon laquelle la couverture de base progressait, propos que vous avez confirmé lors de votre audition par notre commission et que vous avez appuyé en citant la même source que celle de Mme Fraysse, celle-là même qui lui faisait douter de votre

affirmation. La relecture de l'étude de la DREES, puisqu'il s'agit de cette source, conforte pourtant l'interrogation de Mme Fraysse.

En effet, selon cette étude, « la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé diminue de 0,27 point en 2005, le reste à charge des ménages augmentant à due proportion, passant de 8,47 % en 2004 à 8,74 % en 2005 ».

Cette même étude souligne par ailleurs, concernant le financement de la dépense de soins et biens médicaux, la « diminution de 0,14 point de la part de prise en charge par la sécurité sociale en 2005 ». Or vous affirmiez le contraire dans votre réponse au courrier de Mme Fraysse.

Les dates références pour justifier votre position méritent quelques éclaircissements. En effet, vous prenez la période 2002-2005 en précisant que le taux de participation de la sécurité sociale pour l'ensemble des dépenses de soins est passé de 75,7 % à 77,1 % en 2005. Or, vous oubliez de préciser que sur la période 2003-2005, exception faite donc de 2002, ce taux a diminué en passant de 77,4 % à 77,1 %, baisse qui coïncide avec la réforme de l'assurance maladie.

Le Gouvernement prétendait à l'époque prendre des mesures de justice sociale sans toucher le périmètre de prise en charge des soins. Or, les dépassements d'honoraires autorisés non remboursés, la contribution de 1 euro et les vagues de déremboursements de médicaments qui continuent pourtant d'être prescrits ont amputé la couverture de base. Pour que les références soient bonnes, monsieur le ministre, il faut les prendre non pas sur dix ans, mais sur cette dernière période !

Les politiques que vous avez menées en matière de santé, et plus précisément dans cette dernière période, et les réformes de l'assurance maladie que vous conduisez, réduisent le champ d'intervention de notre système de protection sociale. À mesure que l'on avance dans le temps, si nous ne réformons pas son financement, la part de la sécurité sociale continuera de se réduire. On ne peut s'y résigner ni l'accepter.

De ce point de vue, les perspectives des comptes à l'horizon 2007-2010 ne sont pas rassurantes. Nous demandons donc la suppression de l'article 9.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement a été rejeté par la commission.

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° 41.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Nous en venons aux amendements à l'annexe B.

Je suis saisi d'un amendement n° 366 rectifié.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. 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° 366 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 457 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 la conséquence de l'amendement adopté à l'initiative du rapporteur sur l'article 16.

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

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Amendement accepté par la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 457 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 9 et l'annexe B, modifiée par les amendements adoptés.

(L'article 9 et l'annexe B, ainsi modifiée, sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

(L'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 est adopté.)

M. le président. Nous en venons à la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, concernant les dispositions relatives aux dépenses pour 2007.

QUATRIÈME PARTIE

M. le président. Nous commençons par la section 1, qui a trait aux dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.

Article 32

M. le président. Sur l'article 32, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit d'un article intéressant, qui vise à élargir les possibilités en matière d'heures de sortie pour les assurés en arrêt de travail.

Lorsque la loi a été votée, le Gouvernement souhaitait que les arrêts de travail puissent être mieux contrôlés, l'idée étant que lorsque l'on est malade, que l'on ne peut aller travailler, le malade doit rester chez lui. Cependant, si les malades atteints de maladies graves et longues, notamment de certains cancers, ne peuvent pas travailler, il est souhaitable de leur permettre de bénéficier d'une vie sociale normale, de sortir de temps en temps, d'avoir une vie culturelle, etc. Il est nécessaire de prendre en compte cette réalité et d'autoriser ces sorties au-delà des trois heures réglementaires, avec l'accord du service médical.

Je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir présenté cet article.

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

M. Patrick Braouezec. C'est un article important qui concerne les arrêts de travail.

Par la loi dite Douste-Blazy du 13 août 2004, le gouvernement précédent avait souhaité renforcer les moyens de contrôle et de sanction des « fraudeurs » à l'assurance maladie.

Il s'agissait, par là, de faire croire à l'opinion publique que le trou de la sécurité sociale, tout particulièrement de la branche maladie, s'expliquait essentiellement par le comportement irresponsable de certains assurés et d'occulter le fait que l'insuffisant dynamisme des recettes de la protection sociale provenait, pour partie, de la persistance du chômage de masse et une évolution du partage de la valeur ajoutée défavorable au monde du travail.

Pourtant, le ministère de la santé ne saurait ignorer que les « faux » malades du travail sont quantité négligeable.

Selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, seulement 6 % des arrêts de travail seraient injustifiés. Rapportée au coût de l'ensemble des arrêts pour la sécurité sociale, évalué à 5 milliards d'euros en 2004, la « fraude » pèserait donc 300 millions d'euros.

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

M. Patrick Braouezec. C'est un chiffre bien inférieur aux 432 millions économisés en 2005 grâce à vos dispositions destinées à dissuader les assurés de faire valoir leurs droits. Le Gouvernement réussit donc une « performance » remarquable : la chasse aux « fraudeurs » finit par rapporter plus d'argent que n'en coûte la fraude elle-même !

Cette « performance » occulte le fait que la chasse aux « fraudeurs » vise en réalité à accroître la pression sur les victimes du travail. Et vous me permettez de citer deux témoignages de médecins.

Le premier est celui du D^r Christian Lehmann, généraliste et membre du syndicat Espace généraliste : « J'ai de nombreux patients qui ne veulent surtout pas que je les mette en arrêt de maladie parce qu'ils ont peur d'en subir les conséquences une fois qu'ils retourneront au boulot. Je dois souvent insister lourdement pour qu'ils acceptent quelques jours de congé. »

Le second est celui du D^r Yves Chassefaire, médecin du travail à Arles : « Des faux malades, je n'en vois quasiment jamais. Ce que je vois beaucoup, en revanche, ce sont les vrais malades qui refusent de s'arrêter, soit parce qu'ils savent qu'ils ne seront pas remplacés pendant leur absence, soit parce qu'ils craignent les reprécailles à leur retour. C'est un phénomène qui nous inquiète beaucoup, et qui pourrait avoir des répercussions graves sur la santé publique. »

Cette peur d'être sanctionné, voire de perdre son emploi, dans un contexte d'insécurité sociale et de précarisation, qui incite les vrais malades à continuer de se rendre sur leur lieu de travail quitte à mettre en péril leur santé, est largement plus préoccupante que la question des fraudes à propos de laquelle vous orchestrez un battage médiatico-politique proprement indécent.

Aujourd'hui, à la lecture de cet article 32, nous nous félicitons de vous voir remettre en cause – très partiellement cependant – cette chasse aux fraudeurs. Nous en prenons acte. Désireux que les pouvoirs publics luttent efficacement contre

la souffrance au travail et ses conséquences sur la santé des salariés, nous espérons, bien entendu, que ce premier pas en appellera d'autres.

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

M. Bernard Debré. Monsieur le ministre, je me félicite de cet article très important, qui reprend une proposition de loi que j'avais déposée.

Ne donner que trois heures de sortie à une personne malade, quelle que soit sa maladie, me semble trop restrictif. Il est très important d'écrire dans la loi que ce sera le médecin lui-même qui pourra apprécier les durées de sortie de ces malades en fonction des pathologies.

Je m'étonne que M. Braouezec puisse estimer que 300 millions, finalement, ce ne sont que des brouilles et qu'on pouvait laisser les fraudeurs agir sans rien faire.

M. Patrick Braouezec. Je n'ai pas dit cela. J'ai dit que c'était peu par rapport au coût total des arrêts de travail.

M. Bernard Debré. Je suis également surpris quand il dit qu'il ne faut pas faire la chasse à la fraude parce que cela retentirait sur les autres malades. Je crois que les autres malades souffrent beaucoup plus des fraudeurs car ceux-ci font dépenser à la sécurité sociale beaucoup d'argent qui serait mieux employé autrement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je rejoins M. Braouezec et M. Prél. Il n'est pas question de remettre en cause l'idée de lutter contre certaines fraudes, mais, comme eux, je suis convaincue qu'il est parfois indispensable pour l'amélioration de l'état de santé de certaines pathologies lourdes d'aménager des possibilités de sortie plus larges. Or cet article est quand même très restrictif. Pour certains malades atteints d'affections de longue durée, les contraintes actuelles sont déjà culpabilisantes alors que ces personnes sont en situation de fragilité du fait de leur état de santé. Pour eux, le bénéfice thérapeutique et moral lié à la reprise d'une forme de vie sociale me paraît pourtant manifeste. Il me semblerait utile de corriger cet article afin de permettre aux malades qui en ont besoin, uniquement avec l'accord du médecin traitant, de pouvoir sortir parfois en fonction de leurs possibilités et non pas seulement en fonction du cadre rigide fixé par la loi. À certains moments de la vie, il y a des choses plus importantes, y compris pour le moral.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. ... Tout à l'heure, nous avons fait preuve d'un souci d'égalité envers les petites retraites agricoles. Dans le cas présent, nous faisons preuve d'humanisme. Bernard Debré vient de le rappeler, nous étions un certain nombre à être intervenus en ce sens auprès de Xavier Bertrand et de Philippe Bas, en particulier à la demande de médecins hospitaliers qui travaillent dans les services d'oncologie. Dans certaines pathologies, les personnes sont en arrêt de travail et ont des restrictions de sortie alors qu'elles ont besoin d'être guéries physiquement mais avant tout d'être soulagées psychologiquement. En faisant en sorte que ce type de malades bénéficient d'horaires adaptés, nous faisons preuve, monsieur le ministre, d'humanisme et c'est très bien.

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

M. Bernard Debré. Je voulais simplement souligner que les feuilles de maladie comportent déjà une case « sorties autorisées ». Il reviendra dorénavant au médecin d'indiquer quel type de sortie il autorise.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 320.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour le soutenir.

M. Bruno Gilles. Nous sommes bien évidemment tous d'accord avec ce qui vient d'être dit et particulièrement avec l'exposé des motifs de cet article qui juge l'ancienne disposition trop contraignante pour certaines pathologies comme les cancers, les dépressions, et pour lesquelles les sorties doivent faire partie intégrante de la thérapie du patient.

Avec l'amendement n° 320, nous vous proposons que soit fixée « la liste des pathologies pour lesquelles le praticien peut adapter les modalités de sortie. Pour les assurés dont les pathologies ne sont pas mentionnées par le décret, les heures de sortie ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour. » Cela permet à la fois d'assouplir le dispositif actuel pour les seules pathologies, style cancers et dépressions, dont la liste aura été préalablement établie par la Haute autorité de santé, et de garder toute son efficacité au dispositif actuel dans le cadre de la lutte contre les fraudes et les abus, parce qu'il y en a quand même, n'en déplaise à certains.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Rolland, 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° 320.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Sur le fond, la commission partage tout à fait les objectifs exposés par notre collègue, qui visent à assouplir les heures de sortie en cas de pathologie liée à des maladies graves ou à la dépression, mais la commission a rejeté l'amendement car il nous est apparu que le dispositif proposé par le projet de loi permettait de répondre à cette préoccupation en offrant une certaine souplesse au praticien pour apprécier le régime des heures de sortie le plus adapté à la pathologie de son patient, à la condition de respecter le cadre général qui sera défini par voie réglementaire.

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 volonté du Gouvernement, vous l'avez compris, est à la fois de poursuivre la politique engagée avec la loi relative à l'assurance maladie de 2004, qui nous a permis de mettre fin à une dérive très préoccupante des prescriptions d'arrêts de travail qui n'étaient pas toujours médicalement justifiées, et pour autant d'avoir une approche humaniste, comme le soulignait tout à l'heure M. Bernard Debré, auteur d'une proposition de loi allant dans le même sens, en évitant des rigidités excessives.

Je voudrais répondre à M. Braouezec, qui a contesté tout à l'heure qu'il ait eu des excès dans les prescriptions d'arrêts de travail considérant que cela ne frappait qu'une infime minorité de ces prescriptions d'arrêts du travail, que la Caisse nationale d'assurance maladie procède à des contrôles. Sans ces contrôles, nous n'aurions pas réussi à inverser la tendance aussi nettement que nous l'avons fait : alors que les prescriptions des arrêts de travail augmentaient de près de 9 % par an, dorénavant leur nombre diminue.

À l'issue de ces contrôles – 750 000 contrôles tout de même par an –, la Caisse nationale d'assurance maladie a constaté que 17 % des arrêts de travail qui avaient été prononcés n'avaient pas de justification médicale. Il est donc important de continuer à être extrêmement vigilant dans le domaine des prescriptions d'arrêts de travail. C'est essentiel pour poursuivre le redressement des comptes de l'assurance maladie.

Mais nous avons voulu introduire un peu de souplesse. S'agissant de l'amendement que vous avez présenté avec vos collègues, monsieur Gilles, l'idée de ne réserver cette souplesse qu'à un certain nombre d'affections, dont on aurait déterminé la liste par avance, risque de se heurter en pratique à des difficultés.

C'est moins la nature de la maladie qui importe que le stade où elle en est. C'est pourquoi l'appréciation du médecin est incontournable. L'article 32 stipule que les conditions de la prescription des arrêts de travail seront déterminées par décret. Nous pourrions ainsi non seulement effectuer les contrôles, mais aussi donner une sorte de guide de prescription aux médecins. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement n'est pas favorable à l'amendement n° 320 présenté par MM. Gilles, Tian et Vitel. Il en comprend la motivation, mais estime plus pertinent de procéder différemment et de se fonder sur l'appréciation médicale.

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

M. Patrick Braouezec. Je souhaite faire une mise au point. Je n'ai à aucun moment contesté le fait qu'il puisse y avoir des fraudeurs. J'ai simplement insisté sur le fait qu'il s'agissait d'un phénomène marginal. Selon l'IGASS, organisme habilité en la matière, 6 % des arrêts de travail seraient indus et je considère que c'est peu, contrairement à certains qui voudraient imputer aux fraudeurs le déficit de la sécurité sociale. Je n'ai pas dit autre chose.

Par ailleurs, je tiens à souligner que certains salariés sont très responsables et vont travailler alors que leur état de santé commanderait qu'ils s'arrêtent, tout simplement parce qu'ils ont peur, s'ils prennent un arrêt de travail, de perdre leur emploi.

M. Richard Mallié. C'était comme ça en Union soviétique !

M. Patrick Braouezec. L'Union soviétique n'existe plus, mettez-vous ça dans la tête ! Vous êtes tranquilles pour un moment ! Ce qui est sûr, en revanche, c'est que des travailleurs sont aujourd'hui dans cette situation.

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

M. Bernard Debré. L'amendement n° 320 est trop rigide. Il stipule que le décret fixera la liste des pathologies pour lesquelles le praticien pourra adapter les modalités de sorties. Or, comme l'a dit M. le ministre délégué, il importe de savoir à quel stade de la maladie l'on en est. J'ajoute qu'un médecin a en face de lui non pas une maladie, mais un patient atteint d'une certaine maladie. Les deux sont indissociables et c'est justement au médecin d'apprécier. Il ne faut pas être trop rigide parce que les malades ne se ressemblent pas, même s'ils ont la même pathologie.

Monsieur Braouezec, nous pourrions peut-être demander à un jury populaire tiré au sort – il paraît que c'est à la mode ! – quelles sont les pathologies qui nécessitent un arrêt de travail ! Cela éviterait aux médecins de prendre des responsabilités !

M. Patrick Braouezec. Je ne vois vraiment pas à quoi vous faites allusion ! En tout cas, cela ne me concerne pas !

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Face aux arguments médicaux et humanistes de M. Debré, et puisque, pour la première fois, M. le ministre ne me le demande pas, je retire cet amendement avec grand plaisir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. L'amendement n° 320 est retiré.

Je mets aux voix l'article 32.

(*L'article 32 est adopté.*)

Après l'article 32

M. le président. Je suis saisi d'un amendement, n° 198, portant article additionnel après l'article 32.

La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat, *rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance vieillesse.* La commission est favorable à cet amendement que je ne peux qu'approuver, étant moi-même élu d'une région frontalière et ayant évoqué ces problèmes dans mon rapport sur l'assurance vieillesse.

Depuis l'entrée en application de l'accord sur la libre circulation des personnes, le 1^{er} juin 2002, un droit d'option, limité au seul risque maladie pour les prestations en nature, est offert à titre dérogatoire aux travailleurs frontaliers occupés en Suisse et aux titulaires de pensions et rentes suisses ne résidant pas en Suisse, ainsi qu'à leurs ayants droit.

Le gouvernement français ayant accepté le principe de ce droit d'option, les personnes ci-dessus mentionnées peuvent demander à être exemptées de l'affiliation au régime fédéral suisse d'assurance maladie à condition de bénéficier d'une couverture maladie dans leur État de résidence.

Cet amendement vise à prendre en compte la période de douze ans, date à laquelle la liberté de circulation entre la Suisse et les pays signataires de l'accord sera pleinement instaurée, pour la mise en œuvre du dispositif.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé et des solidarités, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 198.

M. Xavier Bertrand, *ministre de la santé et des solidarités.* Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 198.

(*L'amendement est adopté.*)

Article 33

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

La parole est à M. Patrick Braouezec.

M. Patrick Braouezec. Par le présent article, il nous est proposé de relever, dès le 1^{er} janvier prochain, le plafond de ressources de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé pour le porter au niveau du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire majoré de 20 %.

Cela permettra de porter de 2 millions à 2,9 millions le nombre de personnes pouvant bénéficier du crédit d'impôt instauré par l'article 56 de la loi du 13 août 2004. Bien entendu, le groupe des député-e-s communistes et républicains ne peut que se réjouir à la perspective de voir un nombre accru de nos concitoyens accéder à une meilleure couverture santé. Cependant, nous tenons une fois encore à souligner la perversité du dispositif proposé par le Gouvernement.

L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire n'aurait pas de raison d'être si le niveau de remboursement offert par le régime de base était satisfaisant. Or, selon l'étude de la DREES, la contribution financière personnelle nette aux dépenses de santé a augmenté, passant de 8,47 % à 8,74 %, pendant que le taux moyen de remboursement des soins de ville diminuait, passant de 66,4 % à 65,7 %. Cette dégradation du niveau de couverture offert par le système de protection sociale solidaire ne peut que favoriser le recours aux mécanismes assurantiels individuels et privés.

M. le ministre de la santé et des solidarités. C'est faux !

M. Patrick Braouezec. L'aide que vous proposez s'inscrit dans cette logique et ne permettra pas d'inverser la tendance. Il ne s'agit de rien d'autre que d'une subvention publique, autrement dit supportée par les contribuables et donc la solidarité nationale, à l'acquisition d'une complémentaire. On voit mal comment une telle ingéniosité pourrait permettre d'améliorer l'état de santé de la branche maladie.

Nous remarquons enfin que vous n'allez pas au bout de votre choix de renforcer les dispositifs destinés à faciliter l'acceptation de la baisse du niveau de prise en charge par le régime de base. En effet, si l'on suit les orientations qui semblent guider votre politique, pourquoi ne pas examiner sérieusement la revendication selon laquelle toute personne vivant au-dessous du seuil de pauvreté tel que défini au niveau européen, soit 774 euros mensuels, devrait pouvoir bénéficier gratuitement de la CMU – base et complémentaire ? Une telle mesure aurait véritablement pour effet d'amplifier l'effort consenti en faveur des plus modestes. Mais, cela, vous ne le faites pas !

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Monsieur Braouezec, les informations que vous avez données ne correspondent pas à la réalité ! Entre 2002 et 2005, la part des remboursements de la sécurité sociale est passée de 75,7 % à 77,1 %, c'est-à-dire qu'elle n'a cessé de progresser. La part des collectivités locales est passée de 1 % à 1,3 %, et celle des ménages de 10,6 % à 8,7 %. Cela s'explique en partie par la prise en charge intégrale des affections de longue durée, qui constitue une dépense importante. Vous le voyez, pour nous, la solidarité n'est pas un vain mot. Ne travestissez donc pas la réalité !

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

M. Patrick Braouezec. Monsieur le ministre, vous avez pris les chiffres concernant la période 2002-2005.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Nous sommes arrivés en 2002 !

M. Patrick Braouezec. Le taux est effectivement passé de 75,7 % à 77,1 % entre 2002 et 2005, mais il a diminué entre 2003 et 2005, passant de 77,4 % à 77,1 %. Donc, j'affirme que les chiffres que j'ai donnés sont justes !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Vous pourriez aussi prendre les chiffres par semestre pour trouver ceux qui vous arrangent !

M. Patrick Braouezec. Je prends les deux dernières années, révélatrices d'une tendance !

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Environ 8 % des Français n'ont pas de complémentaire santé. Dès lors, que faisons-nous ? Nous, nous avons pris nos responsabilités en instaurant, dans la réforme de 2004, une aide à la complémentaire santé dont peuvent bénéficier deux millions de personnes. Le Président de la République a souhaité que nous allions au-delà et que nous passions de la CMU majorée de 15 % à une CMU majorée de 20 %, justement pour éviter un effet de seuil. Aujourd'hui, l'enjeu est non seulement de voter ce dispositif, mais aussi de faire en sorte que les 2,9 millions de personnes concernées puissent réellement bénéficier de ce droit, ce qui passe d'ailleurs également par une meilleure information diffusée par tous les acteurs – les caisses au sens large et les organismes complémentaires. Vous le voyez, non seulement nous croyons à la solidarité, mais nous la renforçons !

M. Claude Gaillard. Très bien !

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

M. Jean-Luc Prével. L'article 33 vise à relever le plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Lors de la création de la CMU, Bernard Accoyer pour le RPR, François Goulard pour Démocratie libérale...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Vous parlez encore en francs, pas en euros !

M. Jean-Luc Prével. ... et moi-même avons dénoncé l'effet de seuil qu'elle ne manquerait pas d'induire. Comme vous l'avez dit, monsieur le ministre, 8 % des Français n'ont pas de complémentaire : 4 % parce qu'ils ne le souhaitent pas – par exemple de jeunes cadres qui pensent qu'ils ne seront pas malades ! – et 4 % parce qu'ils sont au-dessus du seuil et ne peuvent se la payer.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Vos chiffres sont bons !

M. Jean-Luc Prével. Au-dessous du seuil, vous êtes pris en charge à 100 %. Au-dessus, à un euro près, vous ne l'étiez plus et deviez financer une complémentaire. Bernard Accoyer, François Goulard et moi-même avons proposé une aide personnalisée à la santé – APL – inversement proportionnelle au revenu.

Ainsi, l'effet de seuil disparaissait ou il était lissé, et chacun choisissait en toute responsabilité la complémentaire de son choix. Depuis cinq ans, la majorité actuelle n'a pas repris cette idée, que je continue cependant à défendre.

Pour pallier l'effet de seuil, une aide à la complémentaire a été instituée, qui est attribuée à toute personne dont les ressources dépassent de 15 % le seuil. Vous proposez dans l'article 33, de relever ce plafond à 20 %. Pourquoi pas ? L'idée est sans doute excellente et, à tout le moins, généreuse, surtout si l'on se souvient du caractère inflationniste de la CMU.

Mais aujourd'hui, alors que deux millions de personnes pourraient bénéficier de cette aide, seuls 180 000 y ont effectivement recours. Dès lors que le nombre de bénéficiaires réels reste faible, on peut se demander quel sera l'impact d'un passage à 20 %, qui fait théoriquement augmenter le nombre de bénéficiaires de 2 à 2,9 millions. Combien

recourront à une complémentaire individuelle ou collective sans utiliser l'aide proposée ? Que prévoyez-vous pour faire mieux connaître cette disposition ?

Je rappelle que, pour l'UDF, une aide personnalisée à la santé serait préférable.

M. le président. La parole est à M. Richard Mallié.

M. Richard Mallié. L'article 33 crée une extension de la complémentaire, ce qui me semble une excellente mesure, mais je regrette que l'amendement que j'avais déposé, et que plus de soixante-quinze de nos collègues avaient cosigné, ait été rejeté au motif qu'il contrevenait à l'article 40 de la Constitution. Nous aurions dû au moins en débattre dans l'hémicycle et recueillir l'avis du Gouvernement, qui aurait pu y être favorable.

Cet amendement, qui aurait entraîné une dépense relativement faible pour l'assurance maladie, proposait d'apporter une aide complémentaire aux jeunes qui s'inscrivent en première ou en deuxième année à l'université. Certains jeunes vivent encore chez leurs parents ; mais d'autres se retrouvent seuls, après avoir quitté le domicile familial. Dès lors, ils ne dépendent plus du foyer fiscal des parents, et je trouvais intéressant de leur offrir un chèque santé étudiant de quarante euros au titre de la complémentaire.

Malheureusement, je n'ai pu soutenir cet amendement. Je le regrette d'autant plus que d'autres, apparemment exposés au couperet de l'article 40, n'ont pas été rejetés.

Je tenais à le dire, même si je sais, monsieur le président, que vous n'y êtes pour rien.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je répondrai d'un mot à M. Prétel et à M. Mallié.

Comme je l'ai indiqué, monsieur Prétel, j'ai écrit à l'assurance maladie et à tous les organismes complémentaires afin qu'ils mènent une action ciblée auprès de tous ceux qui se situent au-dessus du seuil de la CMU.

Certaines personnes âgées percevant le minimum vieillesse ignorent, parce que ni l'assurance maladie ni la complémentaire ne le leur ont fait savoir, qu'elles ont droit à 400 euros par an, même si elles bénéficient déjà d'une complémentaire. L'idée que nous avons défendue, quand nous avons institué ce versement, était qu'il leur permettrait soit de souscrire une complémentaire plus élaborée, prévoyant davantage de garanties, soit de bénéficier d'une réelle amélioration de leur pouvoir d'achat.

Comme il n'y a rien de pire qu'un droit qui existe sans être connu, j'ai décidé de relancer l'assurance maladie et les organismes complémentaires pour qu'ils effectuent un travail de communication. Ce sont en effet d'excellents interlocuteurs auprès des assurés. Il faut par ailleurs engager des campagnes d'information et de communication pour faire davantage connaître ce droit.

Monsieur Mallié, je sais que vous vous êtes particulièrement impliqué, depuis longtemps, dans le dossier de la santé des étudiants. Des concertations ont lieu actuellement dans le cadre d'une mission parlementaire confiée à Laurent Wauquiez. D'ores et déjà, les étudiants peuvent bénéficier d'une aide à la complémentaire d'un montant annuel de 250 euros, ce qui correspond à une part importante d'une complémentaire de santé prévoyant des garanties intéressantes.

Nous devons aussi être très attentifs aux travaux de l'Assemblée nationale et mettre en place un droit à la santé des étudiants. Différentes enquêtes épidémiologiques parues récemment montrent que les jeunes doivent pouvoir bénéficier de consultations de prévention et d'un meilleur accès à la santé. Nous savons aujourd'hui que, avant trente-cinq ans, on ne consulte un médecin qu'en cas de problème de santé précis. C'est pourtant à cette période qu'une démarche préventive serait la plus intéressante.

Oui, monsieur Mallié, je vous confirme que la santé des étudiants est un dossier qui m'est cher, tout comme à vous.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 28 rectifié.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Avant de présenter l'amendement, je dois apporter une explication, puisque la commission des finances a été plusieurs fois interpellée, sur la recevabilité financière des amendements.

Je rappelle en effet aux collègues concernés, et tout d'abord à M. Mallié, membre de la commission des finances, les conditions dans lesquelles s'appliquent l'article 40 de la Constitution et la loi organique du 2 août 2005.

Plus de 450 amendements ont été déposés sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, ce qui représente une augmentation de cent amendements par rapport à l'année dernière, qui peut s'expliquer par le fait que le PLFSS compte plus d'articles que le PLF.

Conformément à une décision du Conseil constitutionnel datant de 1961, tout amendement prévoyant une dépense supplémentaire pour un des régimes de sécurité sociale est irrecevable, car il crée une nouvelle charge publique pour ces régimes qui entrent dans le champ de l'article 40. À ce titre, le président de la commission des finances a dû refuser le dépôt de tout amendement augmentant les remboursements à la charge de l'assurance maladie ou les prestations versées par les branches famille ou accidents du travail, même s'il s'agit de mesures d'équité, qui peuvent sembler opportunes.

L'article 40 s'applique au premier euro.

Je rappelle aussi, en me tournant vers M. le ministre, que le Gouvernement peut toujours décider de reprendre à son compte les amendements irrecevables s'il les estime fondés.

En revanche, tout amendement prévoyant une exonération de cotisations sociales est recevable si la perte de recettes est bien gagée, sur les droits du tabac par exemple. Si l'on faisait le total de tous les amendements gagés sur le tabac, le prix du paquet de cigarettes dépasserait certainement dix euros à la fin du PLFSS. La contrainte en matière de recettes est donc faible.

L'autre motif d'irrecevabilité concerne les cavaliers sociaux.

M. Jean-Luc Prétel. Même dans les cas des hôteliers et des restaurateurs ?

M. Claude Évin. C'est amusant quand on pense à l'amendement n° 239, dont M. Méhaignerie est cosignataire !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Indiscutablement aussi, conformément à une jurisprudence assez stricte du Conseil constitutionnel, le président de la commission des finances a déclaré irrecevables les amendements qui ont un effet trop

indirect sur les recettes ou les dépenses de la sécurité sociale. Il faut éviter que le PLFSS ne se transforme en DMOS ou en loi de santé publique.

À ce propos, monsieur le ministre, on peut regretter qu'aucun DMOS n'ait été discuté durant la législature.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je le déplore.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Ce serait nécessaire !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. De même, pour qu'un amendement soit recevable, il faut qu'il concerne les régimes obligatoires de base et leurs fonds de financement, qui sont seuls dans le champ du PLFSS. Ce n'est pas le cas des régimes complémentaires – même d'un régime local qui me tient à cœur, celui de l'Alsace-Moselle – ni de l'aide sociale, qui relève des départements.

Conformément à la loi organique du 2 août 2005, le président de la commission des finances a accepté tout amendement améliorant la gestion du risque ou réformant la gestion interne des régimes s'il a pour effet de réduire les dépenses, par exemple par une mutualisation des moyens, comme le préconise la MECSS.

Le président Méhaignerie a déclaré recevables les amendements portant sur la T2A ou la prescription des médicaments. Mais ceux qui concernent l'offre de soins, le statut des professionnels de santé ou la protection des droits de propriété intellectuelle des laboratoires pharmaceutiques n'ont pas leur place dans une loi de financement. Le projet de loi sur le médicament, qui doit être examiné par l'Assemblée avant la fin de l'année, devrait permettre d'accueillir ces amendements.

Après avoir fourni ces précisions au nom du président Méhaignerie, je vous renvoie, mes chers collègues, au rapport d'information qu'il a déposé le 5 juillet dernier sur l'application de l'article 40, de la LOLF et de la LOLFSS. Vous le trouverez à la distribution ou sur Internet, sous le numéro 3247.

M. le président. Vous avez ainsi répondu aux questions qui avaient été posées.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Il arrive en effet un moment où certaines choses doivent être précisées.

M. le président. Vous pouvez à présent soutenir l'amendement n° 28 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Le terme de crédit d'impôt, même s'il correspond à une réalité juridique, n'est pas très approprié pour faire connaître au public bénéficiaire le dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé.

En fait, ce terme de crédit d'impôt ne concerne que les mutuelles, et non les personnes bénéficiaires. Ainsi, afin d'éviter toute confusion chez ces personnes, notamment avec les nombreux crédits d'impôt sur le revenu existant, cet amendement propose de recentrer la communication sur le terme d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a émis un avis favorable.

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

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

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

M. Claude Évin. Nous avons tous apprécié les explications que M. le rapporteur pour avis a bien voulu nous donner sur les motivations qui ont poussé M. le président de la commission des finances à déclarer les amendements recevables, ou non. Le Conseil constitutionnel, lui aussi, saura les apprécier.

M. Bur nous a notamment rappelé que les cavaliers sociaux ne sont pas recevables dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale lorsqu'ils ne portent ni sur des recettes ni sur des dépenses.

Je rappelle toutefois à mes collègues que nous avons examiné hier soir un amendement cosigné par le président Méhaignerie, à la faveur duquel il s'est exempté des règles que viennent de nous être rappelées. Cet amendement portait en effet sur la validation d'un accord conventionnel relatif à la réduction du temps de travail dans un secteur d'activité qui, s'il pose un réel problème – que nul ne songe à le nier –, ne peut trouver de solution dans le cadre d'une loi de financement de la sécurité sociale. Je crois utile de le rappeler.

Le Conseil constitutionnel sera intéressé par les motivations qui animent Pierre Méhaignerie quand il s'exprime, par la voix de M. Bur, comme président de la commission des finances, et non plus comme simple parlementaire, cosignataire d'un amendement qui n'a rien à faire dans une loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Richard Mallié.

M. Richard Mallié. J'ai écouté attentivement l'exposé de M. Bur et la litanie de données qu'il a égrenée. Je suis prêt à prouver ce que j'ai avancé : certains amendements ne sont pas tombés sous le coup de l'article 40, bien qu'ils aient été très proches de certains qui ont été jugés irrecevables.

Celui que j'avais déposé était dans le droit fil de l'article 33 du PLFSS, puisqu'il traitait de la complémentaire de santé. Il était cosigné par soixante-quinze députés. En outre, c'était le seul amendement que j'avais déposé. Est-ce ce qui a dérangé certains collègues ?

M. Bur nous assure que le Gouvernement peut reprendre l'amendement d'un député. Mais comment pourrait-il avoir connaissance d'un amendement qui n'est pas défendu en séance ? J'attends qu'on nous explique la procédure à suivre !

Je persiste et signe : l'amendement pouvait être examiné dans l'hémicycle. Le Gouvernement se serait exprimé et il aurait pu éventuellement lever le gage. En tout état de cause, nous aurions pu débattre, ce qui aurait été intéressant.

En définitive, on se demande à quoi sert un député et, s'il en est ainsi, il ne me semble pas nécessairement utile de le rester ! (*M. Marc Le Fur applaudit.*)

M. Claude Évin. Quelqu'un acceptera sûrement de prendre votre place ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Marc Le Fur.

M. Marc Le Fur. Puisque l'occasion m'en est donnée, j'aimerais moi aussi m'exprimer sur le droit d'amendement. Il est vrai que, courant septembre, nous avons observé dans ce domaine certains excès, dont l'effet avait été probablement sous-estimé par ceux qui les ont commis.

C'est pourquoi nous constatons en ce moment une restriction de fait du droit d'amendement, dont nous sommes, comme l'a remarqué M. Mallié, les premières victimes.

On nous oppose très régulièrement l'article 40, mais vous savez tous, mes chers collègues, que cet article respecté si strictement à l'Assemblée n'est pas du tout appliqué de la même façon au Sénat.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est exact.

M. Marc Le Fur. Ou, pour le dire plus clairement, si l'on nous interdit de déposer certains amendements, les sénateurs, eux, peuvent le faire.

C'est d'autant plus paradoxal que la Constitution réserve à l'Assemblée un droit particulier en matière financière, puisque les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale lui sont soumis en premier lieu.

Comment les choses se passent-elles concrètement ? Quelques administrateurs de l'Assemblée, par ailleurs compétents et sympathiques, se réunissent, le président de la commission des finances, qui a autre chose à faire, ne faisant que valider leurs décisions. Nous ne sommes même pas informés des refus qui nous sont opposés et nous ne pouvons même pas modifier la rédaction de nos amendements. J'en ai ainsi déposé un visant à limiter l'installation des médecins libéraux dans les zones où ceux-ci sont déjà trop nombreux. Cet amendement aurait généré des recettes pour la sécurité sociale puisque l'on sait que la surconsommation médicale. En dépit de cette démonstration, l'amendement n'a pas été repris. C'est excessif.

J'ajoute que, actuellement, d'autres restrictions de notre pouvoir d'amendement s'ajoutent à l'article 40. En effet, naguère, quand des collègues déposaient un amendement, nous pouvions le défendre en séance publique. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, puisque seuls les signataires de l'amendement peuvent le soutenir. Cela pose des problèmes objectifs, notamment à nos collègues de l'outre-mer – aux préoccupations desquels je sais que vous êtes très sensible, monsieur le président –, collègues qui ont des contraintes particulières et ne peuvent être à Paris en permanence.

Naguère encore, lorsqu'un amendement n'était pas parfait, nous pouvions le rectifier entre son dépôt et sa présentation en séance publique. Maintenant, ce n'est plus possible.

Le droit d'amendement est une liberté fondamentale pour le député de base que je suis, et je m'élève contre toutes les formes de restriction de ce droit. (*M. Georges Colombier applaudit.*)

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Nous sommes tous irrités par l'article 40 lorsqu'il nous est opposé à propos d'un amendement important pour une cause que nous défendons, mais les multiples révisions de la Constitution qui ont lieu depuis vingt ans n'ont jamais porté sur ce sujet. Par ailleurs, 450 amendements ont été déposés sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, soit 100 de plus que l'an dernier.

M. Marc Le Fur. Demander des rapports, c'est à peu près tout ce que nous pouvons faire !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Si nous devons laisser passer tous les amendements, deux semaines ne suffiraient plus pour examiner le PLFSS.

S'agissant de l'amendement de M. Maillé, celui-ci a lui-même reconnu qu'il entraînerait une dépense supplémentaire. Or on ne peut pas gager une augmentation de dépense. Les amendements sont déposés, le Gouvernement en a connaissance et il peut les reprendre à sa guise.

Quant à l'amendement concernant la validation d'un accord de branche dont nous avons discuté hier soir, je rappelle, monsieur Évin, qu'il était formellement recevable parce qu'il créait une nouvelle exonération.

M. Claude Évin. C'est artificiel !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 28 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 322.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour le soutenir.

M. Bruno Gilles. Cet amendement a trait à la CMU. Afin de faciliter les démarches des administrés et conformément à l'article 20 de la loi du 28 juillet 1999 ayant institué la couverture maladie universelle, l'établissement d'un dossier de demande de RMI s'accompagne d'office – j'insiste sur ce terme – d'un dossier de demande de CMU.

Dominique Tian et moi-même avons donc proposé qu'on limite l'ouverture du droit à la protection complémentaire en matière de santé pour les RMIstes au jour de l'acceptation de leur dossier par le président du conseil général. Après en avoir débattu au sein de la commission des affaires sociales, celle-ci nous a fait remarquer que nous avions eu la main un peu lourde et qu'une telle mesure pouvait être préjudiciable aux demandeurs de bonne foi, qui risquaient de payer pour les profiteurs.

Nous avons donc décidé, d'un commun accord, de nous en tenir au présent amendement, qui a pour objet d'instaurer un mécanisme qui permettrait à l'assurance maladie de se faire rembourser les frais liés à la protection complémentaire en matière de santé par les bénéficiaires dont la demande de revenu minimum d'insertion a été refusée.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Sous cette forme rédactionnelle, la commission a accepté cet amendement, qui permet de disposer de moyens de lutte contre la fraude dans ce domaine.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'aimerais que Bruno Gilles retire son amendement, mais je ne sais pas s'il vaut mieux le lui demander franchement. (*Sourires.*) Nous partageons votre souci d'améliorer le contrôle et la vérification des revenus des bénéficiaires des allocations versées sous condition de ressources, mais la mesure que vous proposez risque de rompre le principe d'égalité.

En effet, votre amendement conduirait, si le RMI n'est finalement pas accordé à celui qui en a fait la demande, au remboursement des prestations déjà versées au titre de la CMU complémentaire, mais sans avoir vérifié si les conditions d'attribution de la CMU dans le cadre du droit commun étaient remplies. Si l'on a droit à la CMU quand on est au RMI, on peut également y avoir accès sans être allocataire du revenu minimum. L'automatisme du

dispositif reviendrait à rendre les conditions d'attribution de la CMU complémentaire plus restrictives pour les personnes auxquelles le RMI a été refusé.

Vous souhaitez, et nous aussi, que soient davantage vérifiées les ressources des bénéficiaires du RMI ou de la CMU. C'est pourquoi, ainsi que je l'ai indiqué lorsque j'ai installé le Comité national de lutte contre les fraudes, je souhaite que nous allions au-delà du système existant. Celui-ci est en effet déclaratif et nous avons tout simplement besoin de vérifier que les déclarations de ressources correspondent bien à la réalité. Personne, dans notre pays, ne remet en cause le bien-fondé de la CMU, à laquelle je suis profondément attaché. Il est important que le système de santé garantisse la gratuité aux plus démunis, mais personne ne souhaite que d'autres qu'eux en bénéficient.

La vérification des ressources est indispensable pour restaurer et renforcer la confiance dans notre système. Nous allons donc travailler autrement, en échangeant des informations avec les caisses d'allocations familiales et la direction générale des impôts. Le Comité national de lutte contre les fraudes permettra de coordonner les méthodes de contrôle. Enfin, un amendement sera présenté dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour prendre en compte d'autres ressources, comme le patrimoine, qu'il soit mobilier ou immobilier.

Les amendements que nous présenterons et les méthodes de travail sur lesquelles je me suis engagé correspondent tout à fait à votre dessein. En tout état de cause, votre amendement risquerait de provoquer une rupture du principe d'égalité ; il nous exposerait à des contentieux et mettrait en difficulté les personnes qui, sans être allocataires du RMI, peuvent tout de même bénéficier de la CMU. Je vous demande donc de retirer votre amendement. À défaut, j'en demanderais le rejet.

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Je suis très sensible aux arguments de M. le ministre et je retire volontiers mon amendement, compte tenu des garanties qu'il nous a apportées. Toutefois, je n'ai pas voulu le mentionner tout à l'heure pour ne pas allonger le débat, mais l'exposé sommaire de notre amendement reprend un article de presse paru il y a quelque temps, selon lequel des agents de caisses primaires d'assurance maladie, sentant qu'un dossier n'aboutira pas, le laissent traîner en attendant le refus de la demande de RMI.

Il y a donc un véritable problème, mais je sais que vous avez la volonté de mettre bon ordre dans toutes ces combines. En tout cas, nous ne souhaitons pas que les personnes qui ont véritablement besoin d'aide puissent en être privées. C'est pourquoi, si vous pensez que cet amendement peut créer des problèmes de ce point de vue, je le retire bien volontiers.

M. le président. L'amendement n° 322 est retiré.

Je mets aux voix l'article 33, modifié par l'amendement n° 28 rectifié.

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

Après l'article 33

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 29, portant article additionnel après l'article 33.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Après un démarrage assez lent, l'utilisation de la carte Vitale par les médecins progresse régulièrement, notamment grâce à l'aide à la télétransmission qui a été versée par l'assurance maladie, mais elle semble stagner actuellement. En 2006, 83 % des généralistes et 61 % des spécialistes utilisent la télétransmission. L'amendement n° 29 a pour objet de rendre quasi obligatoire la télétransmission.

Celle-ci facilite la tâche du patient, qui n'a plus de feuilles de soins à remplir et à envoyer et qui est remboursé plus rapidement. Il est clair qu'un certain nombre de généralistes refusent la télétransmission, peut-être parce qu'ils n'entendent pas s'informatiser ou modifier leur mode d'exercice à quelques années de la fin de leur carrière. C'est pourquoi je propose de laisser aux partenaires conventionnels – l'assurance maladie et les syndicats signataires – le soin de mettre au point l'évolution qui conduira l'ensemble des médecins conventionnés à adopter la télétransmission. On ne peut pas profiter des avantages de la convention et en refuser les contraintes. La télétransmission est un outil moderne et il faudra de toute façon y passer si l'on veut promouvoir le dossier médical personnel.

J'ajoute que cet amendement est recevable, car il induirait des économies pour l'assurance maladie. La gestion des feuilles de soins papier résiduelles coûte en effet infiniment plus cher à l'assurance maladie que la gestion automatique par télétransmission. Cet élément mérite également d'être pris en compte.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé cet amendement. M. Bur a tout à fait raison de souligner la nécessité de développer la télétransmission, qui peut être une source d'économies pour la sécurité sociale, mais il nous a semblé que le dispositif proposé n'était pas forcément le plus efficace.

Il nous semble préférable de développer les aides à la télétransmission pour les professionnels de santé plutôt que de brandir une menace de déconventionnement, d'autant que la convention signée le 3 février 2005 indique formellement dans son article 4 que « les médecins adhérant à la présente convention s'engagent à offrir le service de la télétransmission des feuilles de soins aux assurés sociaux ». Cette convention prévoit des aides financières à la transmission, visant à compenser les surcoûts annuels réguliers induits par la télétransmission par carte Sésame-Vitale ou à couvrir les frais de maintenance. Il nous semble par conséquent qu'il faut privilégier le dialogue, c'est-à-dire la voie conventionnelle.

Sur le plan pratique, il y a un élément auquel M. Bur n'a pas pensé : même si le médecin est volontaire pour télétransmettre et équipé pour cela, que se passera-t-il si un assuré se présente dans un cabinet médical en ayant oublié sa carte Vitale ?

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Si votre souhait est de voir la télétransmission se généraliser, monsieur Bur, vous êtes exaucé par la convention d'objectifs et de gestion – dont vous connaissez parfaitement les termes – qui prévoit un taux de progression de 5 % par an et un objectif de 90 % d'ici à la fin de la convention signée début 2005.

Par ailleurs, comme vous l'avez dit vous-même, nous sommes en plein champ conventionnel. Pourquoi voulez-vous modifier les règles en légiférant si le système conventionnel trouve grâce à vos yeux ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Cela fait quinze ans que cela dure !

M. le ministre de la santé et des solidarités. La nouvelle convention, qui a fait suite à la réforme de l'assurance maladie d'août 2004, a été signée en février 2005. On ne peut pas dire que l'on ait tardé !

Enfin, vous avez été le premier – à une époque où je n'étais pas encore au Gouvernement, mais où vous étiez déjà très porté sur ces questions – à vouloir que la photo de l'assuré soit apposée sur la carte Vitale. À l'époque, vous n'avez pas été suivi. Comme vous le savez, j'ai eu à cœur, en tant que secrétaire d'État à l'assurance maladie, puis en tant que ministre de la santé, de faire vivre cette idée, puis de faire en sorte qu'elle devienne réalité.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Nous en sommes témoins !

M. le ministre de la santé et des solidarités. La carte Vitale 2 comportant une photo sera expérimentée en Bretagne dès le mois de novembre, puis dans toute la France à partir du début de l'année prochaine. Réfléchissons bien à toutes les implications de votre proposition : si un patient se présente dans un cabinet médical avec une carte Vitale sur laquelle apparaît une autre photo que la sienne, que va-t-il se passer ? Le médecin va évidemment le soigner, en vertu du serment d'Hippocrate. Mais, en l'état actuel, il aura la possibilité de refuser la carte Vitale et d'établir une feuille de soins « papier », donc de ne pas être soumis à l'obligation que vous voulez mettre en place. Par ce moyen, il évitera à l'assurance maladie d'être pénalisée. Si nous adoptons votre amendement, cette possibilité ne sera plus offerte au praticien. C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à votre amendement.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles. Je suis surpris que M. Bur n'y ait pas pensé ! (Sourires.)

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Je vous donne rendez-vous dans deux ans !

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

M. Claude Évin. L'amendement de M. Bur ne sort pas du champ conventionnel : au contraire, il porte sur l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, qui définit justement le champ conventionnel. En ajoutant un 19^e à cet article, l'amendement de M. Bur se situe bien dans le champ de la discussion conventionnelle...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Il modifie le champ conventionnel !

M. Claude Évin. Il ne le modifie pas. Vous avez dit tout à l'heure que, puisque nous étions dans le champ conventionnel, vous ne compreniez pas que M. Bur veuille modifier la loi. En réalité, l'amendement de M. Bur introduit dans le champ conventionnel, c'est-à-dire dans l'article L. 162-5, un élément de la négociation conventionnelle.

D'autre part, cet amendement ne fait pas obligation de télétransmettre, mais précise seulement que la négociation conventionnelle devra définir les conditions dans lesquelles tout médecin est tenu d'accepter la carte Sésame-Vitale. Les cas que vous avez évoqués peuvent donc très bien être

prévus dans le champ conventionnel, ce qui permettrait au praticien de respecter à la fois les principes déontologiques et les intérêts des organismes sociaux.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Les arguments que m'a opposés M. le ministre ne sont pas recevables. La convention a volontairement laissé aux parties le soin de fixer les conditions de la télétransmission, et je n'ai jamais prétendu instaurer une obligation absolue, car je suis conscient qu'il existe un certain nombre de circonstances de nature à exonérer le praticien de cette obligation ; il ne serait pas opportun, par exemple, d'obliger un médecin tout près de la retraite à s'équiper.

Je sais bien que l'on ne veut pas faire de peine aux professionnels de santé, mais, si l'on accepte de voir perdurer l'attitude des prescripteurs, ce sont les assurés sociaux que l'on pénalise, en les obligeant à remplir leurs feuilles de soins – ce qu'ils ne savent parfois plus faire – et à les envoyer à la sécurité sociale. Par cet amendement, je prends la défense des assurés, et j'œuvre en faveur des caisses primaires, qui réaliseront des économies et qui ont d'autres priorités que de consacrer leur temps et leurs moyens à la coûteuse vérification des feuilles de soins.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je vous le dis en toute sérénité, monsieur Bur : personne ici ne peut se prévaloir de défendre les assurés sociaux plus que d'autres, parlementaires et représentants du Gouvernement réunis.

Par ailleurs, quand vous dites que nous ne voulons pas fâcher les professionnels de santé, je vous rappelle que la réforme de l'assurance maladie a prévu des incitations très claires en instaurant le parcours de soins, alors même que certains professionnels n'en voulaient pas, et en prévoyant, à l'encontre de ceux qui ne le respecteraient pas, la sanction d'un moindre remboursement. Le Gouvernement n'a donc rien à envier à personne pour ce qui est de prendre ses responsabilités.

Je vous le demande à nouveau : puisque nous sommes dans le champ conventionnel, pourquoi vouloir légiférer ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Parce que l'on n'avance plus, monsieur le ministre, vous le savez bien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Bien sûr que si ! La convention prévoit une progression de 5 % par an et un objectif de 90 %, dont vous avez reconnu vous-même qu'il n'était pas atteint : cela montre qu'il y a encore du travail.

En tout état de cause, votre amendement est redondant : l'article L. 161-34 du code de la sécurité sociale dispose d'ores et déjà que les conventions prévoient « les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. À défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale. »

J'espère vous avoir démontré que votre amendement est soit redondant, soit inutile, ce qui justifie que le Gouvernement s'y oppose.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Bur ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 29.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 34

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 34.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'article 34 donne la possibilité aux infirmières de prescrire certains dispositifs médicaux. Nous sommes, me semble-t-il, tous d'accord sur ce point : pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité de notre système de santé, une meilleure coordination des divers intervenants est souhaitable, ainsi qu'une juste utilisation des compétences.

Le transfert des tâches prévu par l'article 34 est une solution que je soutiens et dont j'espère qu'elle deviendra rapidement effective. Mais il reste à traduire la reconnaissance des études des infirmiers et des sages-femmes dans le cadre de la réforme LMD, ce qui n'est pas encore le cas...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Seulement les infirmières et les sages-femmes ?

M. Jean-Luc Prével. On pourrait continuer la liste, mais je ne voudrais pas que l'on me reproche de parler trop longtemps. *(Sourires.)* Il est également souhaitable que l'on revalorise les actes infirmiers et les indemnités de déplacement – surtout compte tenu des prix actuels des carburants. J'ai cru comprendre que vous y étiez favorable, monsieur le ministre, mais encore faut-il que l'ONDAM 2007 le permette.

L'article 34 donne aux infirmières la possibilité de prescrire certains dispositifs médicaux sur prescription médicale, ce qui constitue un progrès timide mais permettra tout de même d'améliorer la pratique. Dans le même esprit, monsieur le ministre, j'ai déposé un amendement visant à ce que les pharmaciens d'officine, qui souhaitent être davantage reconnus et associés à la chaîne de soins, puissent, en cas d'urgence, pour des affections de longue durée et dans le cadre d'un protocole de soins, dispenser des médicaments. Cet amendement a été repoussé en commission après une intervention ironique du professeur Dubernard – je regrette d'ailleurs que le compte rendu des commissions ne mentionne pas les mouvements de séance à la façon des comptes rendus de séances publiques, car en l'occurrence il aurait pu mentionner les sourires que cette remarque a déclenchés. Il me semble pourtant que cet amendement répond à des problèmes concrets : on sait très bien qu'aujourd'hui, les pharmaciens sont parfois amenés à délivrer des médicaments en urgence et sans ordonnance, la validation n'intervenant qu'ensuite, ce qui n'est pas souhaitable. J'espère par conséquent que vous donnerez un avis favorable à cet amendement, monsieur le ministre.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. À mon sens, le droit de prescription reconnu par l'article 34 est un droit important, mais il serait bon d'élargir la réflexion en permettant aux principaux intéressés, c'est-à-dire les professionnels de santé, de discuter entre eux de cette question, avant que les politiques ne l'arbitrent. Vous avez qualifié ce progrès de timide et je vous donne raison sur ce point. Les conseils de l'ordre ont leur position, les syndicats en ont une également

– qui n'est pas forcément la même. Il convient désormais de faire progresser la concertation, plus rapidement que ce n'est le cas actuellement.

En ce qui concerne les infirmiers, nous avons souhaité la mise en place d'un conseil de l'ordre. Notre texte a déjà été discuté à l'Assemblée et au Sénat, et doit revenir prochainement en deuxième lecture. Ce projet, dans lequel vous vous êtes beaucoup investi, monsieur Prével, ainsi que Richard Mallié, Maryvonne Briot et, au Sénat, Sylvie Desmarescaux, va enfin aboutir.

Pour autant, cela ne règle pas toutes les problèmes de la profession infirmière. Ainsi les expérimentations que nous avons lancées au sujet des délégations de tâches doivent-elles maintenant trouver leur traduction pratique. Il reste encore des étapes à franchir, notamment la haute autorité de santé et l'évaluation, mais, là encore, je souhaite que le processus s'accélère et que chacun comprenne quel est le sens de l'histoire. Les problèmes de garantie qui avaient été soulevés ont trouvé réponse. Il faut maintenant passer à l'action.

Se pose ensuite la question de l'exercice et celle, vous en avez parlé, de la négociation conventionnelle pour les professionnels libéraux que sont les infirmiers. Nous en sommes à la dernière étape de l'enquête de représentativité. Je dois prochainement me prononcer non plus sur les critères de représentativité, mais sur la question de savoir qui est éligible ou non. Ensuite, devront s'ouvrir et se conclure sans tarder des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les infirmiers car tout cela n'a que trop duré. Nous devons certes en passer par ce préalable, mais j'espère que l'assurance maladie a commencé de réfléchir afin que les décisions qui s'imposent ne soient pas prises à la saint-glinglin, si vous me passez l'expression.

Quelles seront les modalités de ces négociations ? Vous vous prononcez, c'est votre liberté, mais c'est tout de même aux partenaires conventionnels, à l'assurance maladie et aux infirmiers, qu'il revient de savoir si c'est de l'IFD qu'on discute, ou bien de la revalorisation des soins infirmiers en eux-mêmes.

Notre logique est la même pour les salariés. Voilà pourquoi le protocole d'accord signé la semaine dernière avec cinq organisations syndicales donne une plus grande lisibilité à de nombreux professionnels, parmi lesquels les aides-soignants, mais aussi, bien sûr, les infirmiers. Dès la fin du mois de décembre 2006, une revalorisation sera accordée aux infirmiers en fin de carrière, de même que seront bel et bien accordées des promotions – décision concrète sans laquelle les syndicats n'auraient certainement pas signé ce protocole.

Une autre question se pose, beaucoup plus en amont : celle des étudiants en soins infirmiers. Je les ai rencontrés ce midi même au Salon infirmier, ainsi qu'à différentes reprises, notamment dans ma région et dans ma ville. Avant la fin du mois de novembre, je leur présenterai un calendrier pour la mise en place du cursus LMD. Nous travaillons sur ce sujet en concertation avec le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Il nous faut mettre en place ce cursus afin d'être reconnus sur le plan européen en la matière.

Toutefois, nous devons bien savoir que cette décision ne sera pas neutre sur le plan budgétaire. La requalification des infirmiers de classe B en infirmiers de classe A, qu'implique le passage au système LMD, ne sera pas sans conséquences financières. Nous devons donc chiffrer le coût de cette mesure avec exactitude et définir un échéancier. Il nous faut en effet nous conformer à l'évolution européenne ; et

puisque'il n'est pas question de repousser la mise en place du LMD aux calendes grecques, nous rencontrerons les infirmiers avant la fin du mois de novembre, comme je viens de le dire, pour leur présenter ce calendrier.

M. Pierre-Louis Fagniez, *rapporteur pour les recettes et l'équilibre général*. Très bien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Les infirmiers ne seront pas les seuls concernés. Si vous avez cité les sages-femmes, il est important de mentionner aussi les orthophonistes et l'ensemble des professions médicales et paramédicales qui attendent un signal clair depuis très longtemps. Aussi est-il temps d'agir.

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

M. Claude Évin. Je souhaite revenir sur deux points évoqués par M. le ministre.

Je partage ses propos sur la délégation de tâches, sujet ancien mais qui, M. Préel l'a souligné, ne fait pas débat entre les responsables « politiques ». Nous pensons tous depuis longtemps que les missions des personnels doivent évoluer, non seulement pour réaliser des économies, mais aussi, dans certaines situations, pour améliorer la qualité des procédures. Dans un débat public comme celui-ci, il m'apparaît donc utile d'aller dans le sens du Gouvernement pour souhaiter que les professionnels aillent plus vite. Reconnaissons néanmoins que les instances au sein desquelles ils peuvent aborder ce type de sujets ne sont pas très nombreuses et qu'il conviendra peut-être de leur faciliter la tâche.

Le deuxième sujet évoqué par le ministre risque d'avoir un fort impact budgétaire. Il s'agit en effet, dans le cadre européen, d'appliquer le cursus LMD à certaines professions paramédicales. À la différence d'autres pays européens, nous disposons d'un statut de la fonction publique hospitalière qui procure aux professionnels des avantages dont on ne bénéficie pas ailleurs. Or il est évident qu'une application immédiate du cursus LMD, qui ne tiendrait pas compte du statut de la fonction publique hospitalière, ne manquerait pas de créer une situation fort différente vis-à-vis des autres pays européens, et d'avoir des conséquences sur l'ensemble des modes d'exercice. Et je ne suis pas certain que nous puissions en supporter longtemps les conséquences économiques, qu'il s'agisse du secteur public ou, même, du secteur libéral.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Tout à fait !

M. Claude Évin. J'exprime ce point de vue dans le souci diplomatique de permettre la poursuite du débat. Reste que, dans une dynamique européenne, nous ne pouvons pas aborder ce sujet à reculons, même si nous devons bien mesurer les conséquences d'une mise à niveau de notre système avec celui des autres pays de l'Union.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Il s'agit de plusieurs centaines de millions d'euros !

M. Claude Évin. Or, si nous devons aller dans le sens de l'Europe en mettant en œuvre le cursus LMD, les acteurs concernés doivent bien avoir à l'esprit que cette démarche nécessitera la remise en question de certaines dispositions statutaires.

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

M. Jean-Michel Dubernard, *président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales*. Je salue l'intervention de M. le ministre et celle de Claude Évin. Il faut en effet savoir, dans certaines circonstances, observer ce qui se passe

à l'étranger. Dans un grand nombre de pays européens et d'États américains se développe une délégation de tâches qui va parfois très loin et peut poser problème, les infirmières se spécialisant de plus en plus. On trouve, par exemple, des infirmières spécialisées en endoscopie urologique – je parle sous le contrôle de notre collègue Bernard Debré –, ou bien en gynécologie, ou encore en cardiologie, ce qui, au total, peut présenter des difficultés, sauf si, comme c'est le cas aux États-Unis, cette spécialisation couronne une carrière commencée comme infirmière « généraliste ».

Ensuite, le LMD est à l'évidence le système que nous devons adopter, certains d'entre nous se battant pour cela depuis des années. Les étudiants sont d'ailleurs favorables à cette évolution. Et si certains responsables d'écoles d'infirmières se sont jusqu'à présent montrés réticents, il n'en reste pas moins que la mise en place du cursus LMD apportera énormément et permettra aux professions de santé de mieux travailler ensemble.

M. Claude Évin. À condition qu'on en assume les conséquences !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 88.

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour le défendre.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Même si nous sommes favorables à la délégation de tâches, la commission a rejeté cet amendement car il nous semble que la piste proposée par M. Préel, si elle n'est pas dénuée d'intérêt, ne peut être envisagée qu'au terme d'une concertation approfondie avec les professionnels concernés, comme le disait le ministre il y a quelques instants. Au surplus, instituer une telle procédure dérogatoire nécessite la fixation d'un cadre très précis afin de savoir quelles sont, notamment, les personnes concernées, les conditions de délivrance, la durée maximale de traitement.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable. Je pensais avoir déjà répondu à M. Préel après son intervention sur l'article. J'ai alors indiqué que les professionnels devaient discuter entre eux de la question. On ne peut envisager de mettre en place dans la chaîne de soins ce que propose M. Préel, qui va au-delà de ce qui existe déjà avec, par exemple, la pro-pharmacie, notamment dans certaines régions très reculées où un service supplémentaire est offert. C'est pourquoi j'insiste sur la nécessité pour les professionnels de réfléchir et de se concerter plus rapidement afin qu'ils puissent se mettre d'accord. Dans l'état actuel des choses, je ne puis être favorable à l'amendement.

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

M. Jean-Luc Préel. J'ai bien entendu votre réponse concernant le cursus LMD et les évolutions en matière de délégations de tâches, monsieur le ministre, et je vous en remercie. La prescription par les infirmières est une bonne mesure si elle reste sous contrôle du médecin traitant, en effet, mais vous savez bien que ce qui se passe en pratique, en cas d'urgence ou en cas d'affection de longue durée lorsqu'un patient n'a pas obtenu le renouvellement de son ordonnance. Même si ce n'est pas vraiment autorisé, les pharmaciens renouvellent l'ordonnance, délivrent les médicaments, et c'est après seulement que l'ordonnance est validée. Cette pratique anormale mérite d'être revue et j'ai donc proposé qu'un arrêté ministériel l'encadre.

Il est vrai qu'il reste difficile de faire travailler les professions de santé ensemble.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ce n'est pas impossible !

M. Jean-Luc Prével. Une vraie coordination fait défaut et, quand on donne une tâche supplémentaire à une profession, telle autre a l'impression de perdre une partie de ce qui lui revient. Mon amendement, même si je n'étais pas certain qu'il serait adopté, avait pour but de faire avancer l'idée selon laquelle il me paraît indispensable d'évoluer, souhaitable de prendre en compte la réalité d'aujourd'hui. La pratique que j'ai citée à propos des cas d'urgence et des affections de longue durée est réelle ; dès lors, pourquoi ne pas l'encadrer ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 88.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34.

(L'article 34 est adopté.)

M. le président. Je vais suspendre la séance pour quelques minutes.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

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

M. le président. La séance est reprise.

Article 35

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 148, tendant à supprimer l'article 35.

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

M. Jean-Luc Prével. Si, d'aventure, cet amendement, cosigné par M. Santini, était repoussé, je dispose de trois amendements de repli que je défendrai avec celui-ci pour gagner du temps. *(Sourires.)*

M. Claude Évin. Il ne faut jamais commencer ainsi !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ayez plus confiance en nous et en vous, monsieur Prével !

M. Jean-Luc Prével. L'article 35 a trait aux médicaments bénéficiant d'une ATU – autorisation temporaire d'utilisation. Celle-ci est indispensable pour de nombreux malades. Il s'agit en général de médicaments innovants qui feront ensuite l'objet d'une commercialisation. L'article vise à encadrer le financement de ces médicaments et à définir les conditions de leur remboursement.

Il nous semble que ces dispositions ne relèvent pas du domaine législatif. Elles devraient être discutées lors des négociations conventionnelles, auxquelles vous êtes très attaché, monsieur le ministre : n'avez-vous pas affirmé à plusieurs reprises que tout devait être dans la convention...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je n'ai jamais dit cela !

M. Jean-Luc Prével. ... et qu'il fallait discuter sereinement de contrats ?

Un autre de mes amendements, qui ne viendra pas en discussion, tendait à inscrire dans la loi qu'avant de mettre sur le marché un générique l'industriel doit s'assurer que le brevet est bien tombé dans le domaine public. En effet, par souci d'anticipation, on permet aujourd'hui aux génériques de faire leur demande d'autorisation de mise sur le marché avant l'échéance du brevet. Certains jouent le jeu, d'autres non. Lorsque ceux-ci devancent effectivement la date d'échéance, le propriétaire du *princeps* n'a d'autre possibilité que de saisir le tribunal des référés. Le juge des référés considérant qu'il n'y a pas urgence, l'affaire est renvoyée au fond et le jugement n'intervient qu'au bout de trois ou quatre ans, lorsque le mal est fait.

Il est donc indispensable, selon nous, que la loi dispose qu'on ne peut demander d'autorisation de mise sur le marché pour un générique qu'après avoir établi avec certitude que le brevet tombera à la date donnée.

Vous souhaitez, monsieur le ministre, que cette disposition soit adoptée par voie conventionnelle, mais qu'allez-vous arrêter en la matière ? Une réunion a eu lieu ce matin au ministère, nous avez-vous dit. Si les choses ne devaient pas aboutir, il faudrait que la protection de la propriété du brevet soit assurée par voie législative.

Monsieur le ministre, qu'en est-il ?

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé cet amendement. Contrairement à ce que dit M. Prével, une disposition législative est nécessaire pour permettre le remboursement à titre dérogatoire de certains produits ou médicaments. Il est important de mieux encadrer le prix des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, que les hôpitaux achètent parfois extrêmement cher et dont l'évaluation du bénéfice-risque peut montrer par la suite que l'ASMR est modérée et ne justifie pas l'effort important consenti par la collectivité. D'autres amendements nous donneront l'occasion de revenir sur le sujet.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Défavorable. Si la loi n'intervient pas, on ne peut pas avoir de prise en charge dérogatoire. La voie conventionnelle ne suffit pas et c'est pourquoi il nous faut prévoir une disposition dans le PLFSS.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 148.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 162.

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

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de prendre en compte les unités compassionnelles dans la valorisation des unités délivrées au titre des ATU.

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

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

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Défavorable. Un amendement déposé par M. Rolland satisfait ultérieurement l'exigence soulevée par M. Prével.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Prével ?

M. Jean-Luc Prével. Je suis honoré d'être satisfait par le rapporteur (*Sourires*), mais je maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 162.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 149.

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

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit, en substituant au mot : « demande » les mots : « peut demander », de prévoir une possibilité plutôt que d'imposer une obligation.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement de M. Prével va être satisfait dans un instant par l'amendement n° 378, que j'ai cosigné avec M. Gilles et M. Tian. Cet amendement prévoit que le comité économique des produits de santé récupère auprès des laboratoires tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements sur la base de l'indemnité déclarée pour les médicaments sous ATU et celui qui aurait résulté de l'application du prix finalement fixé par le CEPS, une fois que le médicament a obtenu son AMM. Cela permet de prendre en compte les médicaments sous ATU fournis gratuitement par les laboratoires à titre compassionnel.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même réponse que pour l'amendement précédent : le Gouvernement est favorable à l'esprit de l'amendement proposé mais préfère l'amendement n° 378 de M. Rolland.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 149.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 378.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Comme je viens de le dire, cet amendement vise, en premier lieu, à préciser que les remises mentionnées par l'article 35 du projet de loi sont versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Il prévoit, en second lieu, que sera ainsi reversée à l'ACOSS, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité déclarée au CEPS, pour les médicaments sous ATU, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix fixé ensuite par le comité, une fois que le médicament aura obtenu son AMM. Il s'agit ainsi de permettre la prise en compte par le CEPS des médicaments fournis gratuitement par les laboratoires pharmaceutiques aux établissements de santé à titre compassionnel.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 378.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 379.

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

M. Jean-Marie Rolland, 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 de la santé et des solidarités. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 379.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 161.

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

M. Jean-Luc Prével. Je remercie le rapporteur d'avoir souhaité me satisfaire et M. Santini sera également très sensible à cette attention !

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je n'en doute pas ! (*Sourires*.)

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement tend à compléter l'article par les mots : « si cette différence est supérieure à un pourcentage fixé par décret », pour éviter une surcharge de travail au CEPS et de trop nombreux dossiers de remise à étudier.

Monsieur le ministre, vous avez aimablement répondu à toutes les questions, sauf à celle portant sur la propriété intellectuelle. Vous nous aviez annoncé ce matin une réunion importante qui, si elle n'était pas concluante, pourrait conduire au dépôt d'un amendement. Où en est-on ? Aurons-nous un amendement d'ici à la fin de la discussion du texte ?

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. M. Prével est bien aimable de se préoccuper de la charge de travail du CEPS. Même si je n'en suis pas chargé, je l'en remercie. Cependant, son amendement risque au contraire de nuire à l'efficacité du dispositif proposé par le projet de loi pour encadrer le prix des médicaments sous ATU. C'est pourquoi la commission l'a repoussé.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable. J'essaie en effet de répondre à toutes les questions. La réunion qui s'est tenue ce matin a permis de trouver les bases d'un accord mais pas de le finaliser. Il faudra donc réécrire cette partie de l'accord-cadre puis rédiger, en liaison avec la chancellerie, une circulaire pour informer les tribunaux qui pourraient avoir à connaître de ces affaires. Si d'aucuns pensent que ce n'est pas absolument nécessaire, je considère, pour ma part, qu'une consécration législative est souhaitable, qui interviendrait plutôt au Sénat qu'à l'Assemblée. Je souhaite procéder à une expertise complète pour ne pas risquer de voir une dénonciation de l'accord-cadre faire tomber les garanties que nous voulons apporter en termes de propriété intellectuelle.

M. Jean-Luc Prével. C'était mon souhait. Merci, monsieur le ministre !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 161.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 380.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement, que nous avons proposé avec mes collègues Bruno Gilles et Dominique Tian, a été adopté par la commission. Il tend à préciser sur un plan technique les modalités de répartition du produit des remises visées par le présent article entre les régimes d'assurance maladie.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 380.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 381.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement, que j'ai également cosigné avec MM. Gilles et Tian, a été adopté par la commission, et vise aussi à préciser la nature conventionnelle des remises mentionnées par l'article 35.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 381.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 324.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour le soutenir.

M. Bruno Gilles. En accord avec les observations du Conseil de l'UNCAM du 4 octobre 2006, cet amendement limite l'assimilation du régime des maladies rares avec celui des ALD exonérées et réserve le nouveau dispositif à une meilleure prise en charge des maladies rares.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. La commission a rejeté cet amendement. Pour certaines affections de longue durée, la prise en charge à titre dérogatoire de certains produits ou médicaments particuliers peut être nécessaire. Surtout, l'esprit de l'article 35 est de procéder au cas par cas et de permettre le remboursement des seuls produits ou prestations vraiment nécessaires aux patients, qui ne relèvent pas actuellement du périmètre des biens remboursables dans des conditions bien définies : absence d'alternative thérapeutique ; durée limitée du remboursement ; produit figurant dans un avis ou une recommandation de la Haute autorité de santé ; prise en charge des seuls spécialités, produits ou prestations dont l'utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable. L'article 35 apporte des avancées réelles aux patients. Limiter le dispositif aux seules maladies rares a certainement un sens, mais moins que de l'étendre à ces maladies. Avec son système d'ATU, la France a toujours été pilote en Europe. Nous avons mis en place ce dispositif justement pour qu'il bénéficie aux patients.

J'ai lu la décision de l'UNCAM et j'ai l'intention d'y répondre : je ne peux laisser dire, par exemple, que nous allons changer quoi que ce soit à nos règles de sécurité sanitaire, qui figurent parmi les standards les plus élevés en Europe.

En tout état de cause, l'adoption de cet amendement pourrait empêcher des malades d'avoir accès à une ATU pour des ALD. C'est pourquoi je me permets, monsieur Gilles, de vous demander d'user de votre droit de retrait et de retirer l'amendement. *(Sourires.)*

M. Bruno Gilles. Il est retiré !

M. le président. L'amendement n° 324 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 382.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement corrige une erreur matérielle.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 382.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 383.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement a le même objet que le précédent.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 383.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 384.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Amendement rédactionnel !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 384.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 112 rectifié et 325.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour défendre l'amendement n° 325.

M. Bruno Gilles. Cet amendement est défendu.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 112 rectifié.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Cet amendement tend à donner autorité aux ministres pour fixer les bases forfaitaires de prise en charge ou de remboursement de maladies rares, après avis de l'UNCAM.

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

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

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 112 rectifié et 325.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 207.

La parole est à M. Claude Évin, pour le soutenir.

M. Claude Évin. L'amendement prévoit de commencer par une baisse du prix de la spécialité et du produit, qui permettrait de bénéficier aux assurés sociaux et de n'envisager qu'ultérieurement une pénalité financière à l'encontre du laboratoire qui ne respecterait pas les obligations qui lui ont été imposées.

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

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

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable. Une telle compétence serait, de plus, en contradiction avec le droit communautaire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 207.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 385.

La parole est à M. Jean-Marie Rolland, pour le soutenir.

M. Jean-Marie Rolland, 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 de la santé et des solidarités. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 385.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 244 et 30.

La parole est à M. Claude Évin, pour défendre l'amendement n^o 244.

M. Claude Évin. Plusieurs parlementaires de différents groupes ont pointé du doigt les difficultés de fonctionnement pour les secteurs de soins de suite et de réadaptation. Cela montre bien qu'il existe un problème auquel je ne doute pas, monsieur le ministre, que vous serez sensible.

Aujourd'hui, le secteur des services de soins de suite et de réadaptation, publics ou à but non lucratif, fonctionne dans le cadre d'une dotation globale. Il n'y a pas de perspective technique précise pour 2007 pour une tarification à l'activité du SSR.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Il y a des expérimentations !

M. Claude Évin. Certes !

Il existe, pour un certain nombre de services de soins de suite et de réadaptation, un gros problème lié au coût soit d'un certain nombre de prescriptions médicamenteuses, soit de prescriptions de dispositifs médicaux. Les prescriptions

pour des corsets pour la verticalisation ou le traitement de la spasticité localisée ou diffuse représentent, par exemple, des coûts particulièrement importants.

Pour les dépenses liées à ces prescriptions, l'amendement propose de permettre aux établissements de bénéficier de dispositions qui leur assurent une prise en charge de ces produits, sous la forme de dotations particulières, qui peuvent exister par ailleurs, visant à constituer une enveloppe « médicaments coûteux, dispositifs médicaux personnalisés » pour les services de soins de suite et de réadaptation qui sont sous dotation globale.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a rejeté cet amendement, car il nous semble prématuré. Nous pensons qu'il est plus prudent d'expérimenter d'abord la T2A dans les activités de service de soins et de réadaptation plutôt que de permettre d'ores et déjà la constitution d'une enveloppe spécifique pour les médicaments coûteux.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n^o 30.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. L'amendement de M. Terrasse a été adopté par la commission des finances. Il vise à créer une enveloppe spécifique hors T2A. La question est de savoir si nous passons par l'expérimentation ou si nous allons d'emblée vers la généralisation.

En l'état actuel des choses, la situation n'est pas défendable. Nous devons donc progresser.

Avez-vous, monsieur le ministre, la possibilité d'avancer sur l'expérimentation, afin de rassurer tous les gestionnaires ? Il avait été question du dépôt d'un amendement sur l'expérimentation. Mais nous n'avons rien vu venir. Je voudrais donc connaître la position du Gouvernement sur l'application de la T2A dans les établissements concernés.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je suis ravi que les souhaits de M. Bur puissent être exaucés grâce à un amendement déposé par M. Jean-Marie Rolland après l'article 39, auquel le Gouvernement est favorable. Je ne sais pas si je pourrais également exaucer les vœux de M. Évin.

Une chose est sûre : nous devons procéder à des expérimentations dans les établissements soumis à la T2A.

Pour les SSR, l'expérimentation aura lieu en 2007. La dotation annuelle nous permet de tenir compte des patients qui sont dans ces établissements, de leur état de santé. Je vous rassure, monsieur Évin, aucun patient ne se verra refuser un traitement onéreux sous prétexte que l'on n'aurait pas les moyens de le prendre en charge. En revanche, à partir du moment où la T2A interviendra, il conviendra de s'interroger. M. Jean-Marie Rolland propose de mettre en place cette expérimentation et d'en tirer les conséquences.

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

M. Claude Évin. Vous avez indiqué, monsieur le ministre, qu'aucun patient ne pâtirait de la situation actuelle. Les prescriptions assez ciblées concernent des établissements particuliers. Jusqu'à présent, ces situations n'ont pu être réglées que par des raccrocs de « queue de crédit » dans le cadre des crédits restant éventuellement disponibles dans telle ou telle agence régionale d'hospitalisation : l'ARH de Bretagne, l'ARH de Rhône-Alpes ont pu régler des problèmes, mais cela n'a pas été possible partout.

Je suis d'accord pour qu'une procédure d'expérimentation pour la T2A soit entreprise dans les SSR. Elle pourra nous apporter des éclaircissements. L'utilisation de produits assez particuliers peut également s'inscrire dans des procédures de bonne pratique. Il ne serait cependant pas inutile de prévoir une enveloppe particulière pour les établissements leur permettant de régler des situations difficiles à gérer au regard de leurs patients. Cela mettrait fin à l'incertitude des établissements quant au bénéfice éventuel des « queues de crédits ».

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Monsieur Évin, vous faites allusion, je crois, à la botuline, qui fait justement l'objet d'une procédure de STIC – soutien aux thérapies innovantes et coûteuses. Si des instructions doivent être redonnées aux ARH pour faire passer le message, en attendant l'expérimentation, je le ferai. Cela ne pose aucun problème. Il faudrait pour cela que l'assemblée accepte l'amendement de M. Jean-Marie Rolland, auquel le Gouvernement est favorable.

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

M. Claude Évin. La procédure de STIC existe-t-elle pour les dispositifs médicaux très coûteux ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. Cela ne vaut que pour les médicaments.

M. Claude Évin. Je faisais également allusion aux dispositifs médicaux.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je ne vous ai entendu que de façon parcellaire, et je vous prie de bien vouloir m'en excuser.

M. Claude Évin. J'ai évoqué deux sujets : les médicaments très coûteux et les dispositifs médicaux également très coûteux.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Nous avons mis en place cette procédure pour les médicaments. Nous sommes dans un système, je le répète, où personne ne peut imaginer qu'un patient soit privé d'un traitement en raison de son coût. Mais il ne faut cependant pas que les établissements restent dans l'incertitude quant au financement.

Je crois également beaucoup à la pertinence de l'expérimentation.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 244 et 30.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 113 et 326.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n^o 113.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il s'agit d'un amendement de coordination.

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles, pour défendre l'amendement n^o 326.

M. Bruno Gilles. L'amendement n^o 326 est défendu.

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

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

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 113 et 326.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 35, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 35, ainsi modifié, est adopté.)

Article 36

M. le président. Sur l'article 36, je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 114 et 327.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 114.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement n^o 114 – tout comme l'amendement n^o 347, qui est identique – vise à reprendre les termes précis utilisés par la directive du Parlement européen.

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

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

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 114 et 327.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 36, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 36

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 386, portant article additionnel après l'article 36.

La parole est à M. Jean-Marie Rolland, pour défendre cet amendement.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement a été adopté par la commission. Il s'agit d'une mesure visant à simplifier la procédure d'inscription des actes à la nomenclature.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 386.

(L'amendement est adopté.)

Article 37

M. le président. Sur l'article 37, Je suis saisi d'un amendement n^o 328.

La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir cet amendement.

M. Bruno Gilles. Je dépose chaque année cet amendement, que certains appellent « l'amendement Subutex ».

Aujourd'hui, près d'un quart des prescriptions de Subutex sont détournées : 20 % dans le cadre du mésusage – les pilules sont pilées pour être injectées ou sniffées – et 3 à 4 %

font l'objet d'un trafic de rues. Dans certains quartiers de Marseille, par exemple, les médecins confirment que jusqu'à 50 % des prescriptions de Subutex sont détournées.

Dans le cadre de la commission, on m'a indiqué que mon inquiétude était légitime, mais qu'il y était répondu dans le texte. J'aurais cependant aimé que l'on aille un peu plus loin, en complétant l'article 37 par l'alinéa suivant : « Cet arrêté mentionne également les traitements de substitution à l'égard des toxicomanes. »

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement a été repoussé par la commission.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Si l'on commence à préciser les choses, il faut le faire pour toutes les substances. Dans ce cas-là, allons – sans parler de stigmatisation – vers une liste exhaustive ! Je ne suis pas sûr que cela relève du domaine législatif.

Que souhaitez-vous ? Éviter les usages détournés ? Moi aussi ! Je me suis déjà exprimé sur ce sujet. Je suis contre le classement du Subutex comme stupéfiant, mais je suis déterminé à ce que l'on évite le mésusage et les fraudes dont il fait l'objet.

J'ai passé beaucoup de temps à étudier ce dossier avec les associations, les professionnels, notamment les pharmaciens, directement concernés par la délivrance du Subutex dans certains arrondissements de Paris. Il faut, aujourd'hui, que la sécurité sociale fasse son travail et contrôle les mésusages, derrière lesquels peuvent se cacher des problèmes de santé publique. Certains patients ont besoin d'un dosage plus important et il n'y a pas pour autant trafic.

Nous savons pertinemment qu'une consommation trop importante peut aussi cacher un trafic. Cela se pratique dans quelques régions de France, pas dans toutes. Il faut contrôler, comme les textes le prévoient. C'est l'objectif que je poursuis.

Je me suis prononcé pendant l'été contre le classement du Subutex comme stupéfiant. La vraie solution réside, d'une part, dans les génériques et, d'autre part, dans une nouvelle forme de traitement de substitution qui ne peut être injectable, comme la Subuxone. Je m'attache à ce que l'on puisse disposer rapidement de cette substance.

Monsieur Gilles, je ne sais pas si je peux vous demander de retirer cet amendement, mais le Gouvernement y est défavorable.

M. Bruno Gilles. Je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 328 est retiré.

Je mets aux voix l'article 37.

(L'article 37 est adopté.)

M. le président. Nous passons aux amendements portant articles additionnels après l'article 37.

Après l'article 37

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

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

M. Jean-Luc Prével. La prise en charge par les organismes d'assurance maladie des médicaments dispensés par un pharmacien, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, est subordonnée à la présentation de l'ordonnance initiale servant de support à la prescription dont la durée de validité est expirée.

Cet amendement vise à permettre – le cas est fréquent – à des patients souffrant d'une affection de longue durée d'avoir accès, en cas d'urgence, à leur traitement dans le cadre d'un protocole de soins.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est une bonne idée, qui nécessite cependant une concertation approfondie avec les professionnels concernés.

Avis défavorable.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même avis que la commission.

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° 214 rectifié.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. De grands conditionnements de médicaments, prescrits pour des pathologies chroniques, ont été introduits sur le marché par la réforme de l'assurance maladie, permettant la délivrance de boîtes de trois mois de traitement pour les malades atteints de telles pathologies. Selon les estimations du ministère de la santé, cette mesure devrait générer quelque 100 millions d'euros d'économies. Afin qu'elle rentre le plus vite possible en pratique, cet amendement vise à préciser la conduite à tenir pour la délivrance de ce type de conditionnements, lesquels ont exigé, de la part de l'industrie du médicament, le reformatage des chaînes de production. Il s'agit donc d'une mesure d'économies pour l'assurance maladie.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement a été accepté par la commission.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je ne pourrais qu'être favorable à cet amendement si la réforme de l'assurance maladie n'avait pas été votée. L'article R. 162-26 du code de la sécurité sociale précise déjà que le pharmacien est tenu de délivrer le conditionnement le plus économique avec les mentions figurant sur l'ordonnance.

De plus, vous connaissez mon attachement au développement des grands conditionnements – j'en ai fait l'un de mes chevaux de bataille, ce que certains m'ont reproché, mais peu importe. Toujours est-il qu'il y a déjà plus de quatre-vingt-dix présentations et cela continue à augmenter.

Votre amendement, monsieur Bur, est donc satisfait.

Avis défavorable, donc.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Bur ?

M. Yves Bur. Je le retire compte tenu des explications de M. le ministre.

M. le président. L'amendement n° 214 rectifié est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 31.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Source d'économies très substantielles pour l'assurance maladie, la prescription systématique en dénomination commune internationale – DCI – est nécessaire lorsqu'elle concerne les patients atteints d'une ALD. Trop souvent, des patients refusent les médicaments génériques au motif qu'ils sont remboursés à 100 % et qu'ils n'ont pas à faire cet effort.

Je rappelle que les dépenses induites par ce type d'affections représentent 60 % des dépenses de l'assurance maladie et s'élevaient, pour 2004, à près de 56 milliards d'euros. Le coût moyen d'un traitement annuel d'une personne atteinte d'une ALD est de 7 068 euros. Nous proposons donc d'optimiser cette dépense par un meilleur ajustement des prescriptions liées à ces affections. Le faire uniquement pour les médicaments inscrits au registre des génériques ne devrait pas poser de problème. La prescription en DCI devrait être encouragée dans notre pays.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé l'amendement de M. Bur malgré son intérêt car, si la prescription en DCI doit être encouragée, notamment afin de promouvoir le développement des génériques, il me semble que le dispositif proposé n'est pas pleinement satisfaisant car, dans ce domaine, la pédagogie, l'encouragement notamment l'amélioration des aides à la prescription – je pense en particulier aux logiciels informatiques – semblent plus efficaces à long terme.

En outre, l'amendement ne prévoit pas, et fort heureusement, de sanctions. Mais tel qu'il est rédigé, il ne semble pas permettre l'obligation d'imposer la DCI aux médecins.

Par ailleurs, pourquoi ne viser que les affections de longue durée ?

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. La question posée par le rapporteur est particulièrement judicieuse : pourquoi ne viser que les ALD ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Avec le corps médical, il faut y aller progressivement.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Si vous considérez qu'il faut avancer progressivement, il faut savoir que ce n'est pas l'obligation légale que vous voulez créer qui changera la donne, mais c'est la présence de logiciels d'aide à la prescription.

Permettez-moi de vous donner un exemple : sans logiciel d'aide à la prescription, quel médecin prescrira un antalgique bien connu – que je ne peux évidemment pas citer – s'il doit écrire : « chlorhydrate de dextropropoxyphène 30 mg, plus paracétamol 400 mg » ?

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Voilà pourquoi sans logiciel d'aide à la prescription, votre disposition, si nous l'adoptons, ne sera pas appliquée.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Très juste ! Il faut être réaliste !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Rien de plus détestable que de voter des dispositions dont on sait à l'avance qu'elles ne seront pas appliquées !

Vous avez dit vous-même qu'il faut évoluer progressivement en la matière, mais tel est l'enjeu de la discussion conventionnelle.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Croyez-vous sérieusement, monsieur le ministre, qu'il y aura un jour des logiciels de prescriptions en DCI ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. Oui !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. On en parle depuis si longtemps ! En 1998, lorsque je parlais de la dénomination commune dans cette assemblée,...

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je n'étais pas ministre alors ! *(Sourires.)*

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. ... on me répondait que ce n'était pas possible. Puis, vous-même, lors de la réforme de la sécurité sociale en 2004 que nous avons conduite ensemble, nous avons fait la promotion de la DCI.

Or nous constatons que cela avance très lentement parce qu'il n'y a pas de logiciel. Et comme les logiciels sont directement ou indirectement sous le contrôle de l'industrie du médicament, je prends le pari que nous ne les verrons pas de sitôt, sauf si les agréments de la Haute autorité de santé sortent rapidement et qu'aucun logiciel sans agrément ne pourra plus être mis sur le marché. Pour le moment, ce n'est pas encore le cas. J'attends de voir, mais je suis persuadé que nous en reparlerons l'année prochaine.

Quoi qu'il en soit, je maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 31.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 38

M. le président. Sur l'article 38, je suis saisi d'un amendement n° 210.

La parole est à M. Claude Évin, pour soutenir cet amendement.

M. Claude Évin. Il s'agit de permettre aux organismes prenant en charge les dispositifs médicaux concernés d'informer aussi les consommateurs.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé cet amendement en raison de la lourdeur du dispositif proposé.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même avis que la commission, d'autant que l'article précise déjà que le vendeur, et non le fabricant, peut informer le consommateur sur le prix et le tarif de prise en charge par l'AMO, l'assurance maladie obligatoire.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 38.

(L'article 38 est adopté.)

Article 39

M. le président. Sur l'article 39, je suis saisi d'un amendement n° 60.

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

M. Jean-Luc Prével. La procédure prévue à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale permet à l'État de modifier les tarifs de prestations des établissements. Cette procédure doit s'appuyer sur une analyse de l'activité médicale des établissements en complément des éléments prévus par la procédure actuelle qui, en l'absence d'une telle analyse, ne peut prétendre s'inscrire dans une démarche de maîtrise médicalisée.

L'application d'une mesure de modification des tarifs doit concerner selon des modalités identiques les établissements publics et privés.

Ce serait un réel progrès, monsieur le ministre.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé cet amendement car les modalités de régulation doivent pouvoir être différenciées selon les évolutions d'activité du secteur, d'autant que la part tarifée est différente dans les deux secteurs évoqués par notre collègue.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même avis que la commission, d'autant que les amendements qui viendront en discussion après l'article 39 devraient satisfaire M. Prével.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 60.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 163, 164 et 329.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir les amendements n°s 163 et 164.

M. Jean-Luc Prével. Le coefficient de haute technicité permettant d'assurer la transition des tarifs des établissements titulaires de lits de chirurgie à soins particulièrement coûteux vers des tarifs nationaux, il est cohérent que les modalités de suppression progressive de ce coefficient soient identiques à celles décidées par l'État pour la convergence des tarifs des établissements de santé publics et privés, qui sera atteinte en 2012.

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles, pour défendre l'amendement n° 329.

M. Bruno Gilles. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a repoussé ces amendements. La réduction du coefficient de haute technicité et la convergence de tarification constituent deux processus tout à fait distincts.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable. De plus, la position de M. Prével ne s'inscrit pas exactement dans la droite ligne des propositions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale – la MECCS – et de la Cour des comptes.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 163, 164 et 329.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 387.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Amendement rédactionnel !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 387.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 388.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Rédactionnel !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 388.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 116.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Correction d'une erreur matérielle !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 116.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 389.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Amendement rédactionnel !

M. le président. L'avis du Gouvernement est favorable.

Je mets aux voix l'amendement n° 389.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 390.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Amendement rédactionnel...

M. le président. ... auquel le Gouvernement est bien sûr favorable.

Je mets aux voix l'amendement n° 390.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 391, autre amendement rédactionnel, auquel la commission et le Gouvernement sont favorables.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 392, auquel la commission et le Gouvernement sont également favorables.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 393 rectifié, auquel la commission et le Gouvernement sont favorables.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 394, auquel la commission et le Gouvernement sont encore favorables.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 396 rectifié.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Tant que la facturation directe n'est pas mise en place, les établissements de santé transmettent leurs données d'activité trimestriellement à l'ARH en vue d'une valorisation sur la base des tarifs nationaux. Dans l'attente du versement des montants correspondants à l'activité par les caisses de sécurité sociale, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS, leur verse des acomptes et procède, le cas échéant, à une régularisation sur les trimestres suivants.

Dès l'année prochaine, le rythme de la transmission des données d'activité des établissements et de leur valorisation devrait pouvoir être accéléré et passer à une périodicité bimensuelle, puis mensuelle.

Notre amendement vise à permettre cette évolution.

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

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

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 396 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

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

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il s'agit de ménager une période d'adaptation suffisante aux hôpitaux d'instruction des armées, qui entreront plus tard que les autres établissements de santé dans le système de la tarification à l'activité.

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

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

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 165.

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

M. Jean-Luc Prével. Nous proposons d'inscrire dans la loi qu'à titre transitoire, pour l'année 2007, l'État fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé exerçant une activité de soins de suite ou de réadaptation.

La tarification à l'activité n'est pas aujourd'hui applicable aux établissements de santé exerçant des activités de soins de suite ou de réadaptation, qui demeurent soumis soit à une dotation annuelle de financement, soit à un objectif quantifié national. Cependant, leur financement actuel est le plus souvent en inadéquation par rapport à la réalité de leur activité, notamment lorsque les patients sortant d'un établissement de MCO ont à subir des traitements lourds et onéreux comme les chimiothérapies. Il paraît donc souhaitable, en attendant la mise en place de la T2A dans ces secteurs, qu'une mesure transitoire prenne en compte ces thérapies coûteuses.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous avons déjà eu l'occasion de débattre de cette question. L'amendement a été repoussé par la commission.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Avis défavorable : je ne saurais donner une réponse différente de celle que j'ai faite tout à l'heure à M. Évin sur le même sujet.

M. Claude Évin. Encore heureux !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 165.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 39, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 39, ainsi modifié, est adopté.)

M. le président. Nous en venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 39.

Après l'article 39

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 444, 62 rectifié, 187 rectifié et 335.

L'amendement n° 444 fait l'objet de deux sous-amendements, n°s 463 et 464.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 444.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement, accepté par la commission, supprime les pénalités en cas de non-respect des objectifs quantifiés des activités de soins et équipements lourds fixés par les contrats d'objectifs et de moyens des établissements et les autorisations de création d'activités ou d'équipements.

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles, pour soutenir les sous-amendements n°s 463 et 464.

M. Bruno Gilles. Ces sous-amendements précisent que le non-respect doit, pour être pénalisé, être « substantiel ».

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements identiques et les sous-amendements ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. Le Gouvernement est favorable aux amendements sous réserve de l'adoption des sous-amendements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les sous-amendements ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. À titre personnel, j'y suis favorable, même si leur rédaction peut être améliorée.

M. le président. La formulation pourra être modifiée au Sénat, monsieur le rapporteur.

La parole est à M. Claude Évin.

M. Claude Évin. Je n'ai pas d'exemplaire du code de la santé sous la main et j'aimerais savoir à quoi s'applique le non-respect « substantiel ».

M. le ministre de la santé et des solidarités. Il s'agit du dépassement des objectifs quantifiés !

M. Claude Évin. Cela implique-t-il qu'en cas de dérapage substantiel, des pénalités s'appliqueraient ? Que signifie « substantiel » ? Comment quantifier ? S'il y a un dépassement, cela veut dire qu'il y a un problème d'adéquation entre les objectifs fixés par l'ARH dans les annexes du SROS et la réalité de l'activité des établissements.

L'idée de supprimer les pénalités me semble tout à fait fondée et l'amendement de M. Rolland me semble très intéressant de ce point de vue. Mais introduire une précision portant sur l'ampleur du dépassement nous engage dans une procédure complexe qui n'est pas de nature à répondre aux objectifs que vous voulez fixer.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. La rédaction actuelle de l'article évoque déjà le « non-respect », les sous-amendements introduisent la nuance de « substantiel » et chacun peut comprendre l'esprit de cet ajout. Mais un décret en Conseil d'État, soumis à concertation, notamment avec les fédérations, viendra préciser les choses.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 463.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 464.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 444, 62 rectifié, 187 rectifié et 335, modifiés par les sous-amendements adoptés.

(Ces amendements, ainsi modifiés, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 450.

Cet amendement fait l'objet d'un sous-amendement, n° 462.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 450.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avec la mise en œuvre du financement à l'activité des établissements de santé et l'instauration d'un mécanisme de régulation prix-volume susceptible de conduire à des modifications de tarifs des prestations en cours d'année, il apparaît nécessaire de mettre en place un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée réunissant des représentants de l'État et des organisations représentatives des établissements de santé publics et privés. Celui-ci aurait pour mission d'analyser de manière concertée l'évolution des dépenses et de l'activité des établissements ainsi que d'assister le Parlement dans le suivi de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Il est proposé que les résultats des analyses communes réalisées dans ce cadre soient communiqués au Gouvernement et au Parlement, en particulier à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, préalablement à toute décision éventuelle de modification des tarifs de prestation et à toute recommandation du Conseil de l'hospitalisation.

(Mme Hélène Mignon remplace M. Éric Raoult au fauteuil de la présidence.)

PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON,

vice-présidente

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 450 ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 450, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 462, que le Gouvernement reprend, en l'absence de son auteur, M. Bruno Gilles, qui vient de quitter l'hémicycle. Ce sous-amendement prévoit un rapport trimestriel au Gouvernement et au Parlement sur l'évolution des dépenses hospitalières.

Nous venons d'adopter la création d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée...

M. Jean-Luc Prével. Nous ne l'avons pas encore voté !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Sans préjuger du choix souverain de l'Assemblée nationale, je dirai qu'il devrait pouvoir l'être !

M. Claude Évin. Merci, monsieur le ministre !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Cet observatoire permettra d'y voir clair beaucoup plus facilement et rapidement. Toutefois, il faut éviter qu'il ne fasse doublon avec le Conseil de l'hospitalisation. Dès lors que cet observatoire est mis en place, il faut regarder s'il n'y a pas, à un moment ou à un autre, redondance avec un organisme qui existe, qui regroupe des directions du ministère et la Caisse nationale d'assurance maladie. Il faudra donc préciser sa composition.

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

M. Claude Évin. Monsieur le ministre, tout organisme qui contribue à une bonne transparence est le bienvenu. Encore faut-il que les informations relatives à l'activité des établissements soient réellement collectées puis transmises à l'Observatoire.

Aujourd'hui, si l'on ne sait pas toujours très bien de quoi l'on parle, c'est en partie parce que les informations collectées par l'assurance maladie et d'autres circuits ne remontent pas. Il faudra donc désigner l'organisme qui sera chargé de recueillir et de transmettre les informations, ce qui implique en amont de clarifier ou de faciliter certaines procédures.

Une fois de plus, on crée un outil nouveau sans se préoccuper de supprimer ceux qui pourraient faire doublon. Aussi faut-il, comme vous l'avez indiqué, faire attention. Il est judicieux que les représentants des établissements, qui ne sont pas représentés au sein du Conseil de l'hospitalisation, disposent d'une enceinte où s'exprimer et qu'ils ne le fassent pas uniquement par médias interposés.

En tout état de cause, si l'amendement est adopté, il reviendra aux sénateurs de prendre l'initiative d'éviter de renvoyer entre diverses institutions des rôles qui mériteraient d'être remplis par une seule.

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

M. Jean-Luc Prével. J'avais déposé un amendement identique, qui a dû s'égarer. Mais l'important est qu'un organisme indépendant soit créé, comme je le souhaitais. Cependant, le problème est de savoir comment les données seront transmises,...

M. Claude Évin. En effet, ce n'est pas parce qu'il y aura un observatoire qu'elles remonteront mieux !

M. Jean-Luc Prével. ... comment elles seront étudiées et comment elles seront utilisées.

Monsieur le ministre, je souhaite revenir sur une proposition que j'ai déjà formulée, à savoir la création d'un véritable INSEE de la santé. Cet organisme, qui devrait être totalement indépendant, traiterait des données qui lui seraient transmises, qu'il restituerait à son tour de manière claire. On y verrait sans doute plus clair s'agissant de la médecine de ville et on saurait qui fait quoi et comment dans les établissements.

Monsieur le ministre, on vous a reproché – pas moi, bien entendu – d'avoir pris, au début du mois de septembre, des mesures comptables sans transparence sur l'activité réelle et alors que les divergences d'appréciation faisaient rage. Nous avons besoin d'un organisme qui traite les données et les restitue de manière claire. Cet observatoire sera sans doute un progrès, mais je ne suis pas sûr de son efficacité réelle.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. À chaque fois qu'il y a des divergences d'appréciation, il faut en tirer des conclusions. L'assurance maladie a avancé un certain pourcentage, tandis que les fédérations en donnaient un autre. Pis, à l'intérieur même des fédérations, de grands acteurs ont indiqué un autre chiffre. Cet observatoire permettra que les décisions soient si possible indiscutables – je n'ai pas dit non discutées. En tout état de cause, une chose est certaine : l'activité des établissements aura augmenté, à la fin de l'année, de plus des 2,6 % prévus.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 462.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 450, modifié par le sous-amendement n° 462.

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

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 397 rectifié et 288, pouvant faire l'objet d'une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 397 rectifié.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Actuellement, la modification des tarifs des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements des centres anciennement sous objectif quantifié national ne peut intervenir que sur la base des données de l'année antérieure ou du premier trimestre de l'année en cours. Cet amendement, qui a été adopté par la commission, vise à assouplir le dispositif en prévoyant la possibilité de faire jouer la régulation prix-volume sur la base des données collectées tout au long de l'année, en tant que de besoin.

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

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

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 288.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement est défendu.

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

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 288 tombe.

Je suis saisie d'un amendement n° 289.

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

M. Jean-Luc Prével. Il me semble souhaitable d'indiquer que les mesures seront prises après neutralisation des impacts financiers entraînés par les créations et fermetures d'établissements, ce qui, bien entendu, modifie les données.

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

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

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 289.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 209.

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

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement, que M. Dionis du Séjour m'a demandé de défendre, vise à prendre en compte la complexité et la multiplicité des actes.

Le moment est peut-être mal choisi pour reparler de la T2A et dire tout le bien qu'on en pense, de la complexité de sa mise en œuvre et d'un certain manque de transparence dans les différentes dotations. Il serait sans doute très utile de clarifier les différentes dotations, et notamment les MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Je pense que le rapporteur est plutôt d'accord sur le principe.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. La commission a rejeté cet amendement.

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

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

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

M. Gérard Bapt. Monsieur le ministre, je souhaite vous poser une question à laquelle M. Bas n'a pas répondu : quand aurons-nous connaissance du rapport sur le financement des MIGAC que l'IGAS devait communiquer au Parlement avant le 15 octobre ?

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ce rapport a été transmis au Parlement et, si vous le souhaitez, je vous en remettrai une copie.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Excellente réponse !

M. Gérard Bapt. Je vous remercie, monsieur le ministre.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 209.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 32 et 168, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n° 32.

M. Yves Bur, *rapporteur pour avis*. La modification des tarifs des prestations des établissements de santé, lorsque l'évolution des dépenses se révèle incompatible avec le respect de l'objectif fixé, s'effectue, à l'heure actuelle, « après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population ».

Afin de donner tout son sens à la tarification dans le cadre d'une démarche de maîtrise médicalisée, il convient de faire également reposer ce changement de tarif sur une analyse de l'activité médicale des établissements.

Une telle procédure doit par ailleurs s'appliquer selon des modalités identiques aux établissements de santé publics et privés, démultipliant ainsi l'effet de la mesure en termes d'organisation et de régulation du système de soins.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 168.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. La commission a repoussé ces amendements.

Le premier des arguments invoqués par M. Bur est satisfait par la création de l'Observatoire des établissements de santé. Pour le reste, rappelons qu'il convient de laisser au Gouvernement, en cas de non-respect des objectifs fixés, la possibilité de différencier les modalités de régulation selon l'activité du secteur.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'ai pu être gêné de développer cette argumentation, comme le rapporteur vient de le faire.

Avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 32.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 168.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 402.

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

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Le temps consacré par les personnels à l'encadrement des stagiaires représente une charge pour les établissements. L'amendement propose que celle-ci soit compensée par les dotations versées au titre des MIGAC pour les établissements publics et privés.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je suis défavorable à cet amendement qui est redondant avec l'actuelle rédaction de l'article L. 162-22-13, que vous souhaitez modifier, monsieur le rapporteur. C'est un article du code de la sécurité sociale qui renvoie en effet aux missions du service public hospitalier définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique qui peuvent être financées notamment par la dotation MIGAC. Voilà pourquoi le Gouvernement ne suit pas – une fois n'est pas coutume – le rapporteur.

M. Jean-Marie Rolland, *rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*. Je retire l'amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 402 est retiré.

Je suis saisie d'un amendement n° 245 rectifié.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Cet amendement vise à modifier un article qui a été introduit en 2005 dans la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière. Il précise les missions du Centre national de gestion, les catégories de personnels dont il assurera la gestion ainsi que les ressources financières dont il saura disposer.

Ces précisions sont nécessaires compte tenu des avancées du projet depuis la rédaction initiale de la loi et l'article initial est réécrit pour des raisons de lisibilité.

Le Centre national de gestion sera mis en place dès le début de l'année 2007. Cet établissement public national assurera, dans un premier temps, la gestion des praticiens hospitaliers et du personnel de direction de la fonction publique hospitalière. Sa création permettra également d'alléger les missions et les effectifs de l'administration centrale du ministère de la santé. Le personnel sera transféré, sur la base du volontariat, de l'administration vers le centre. Ce centre sera financé par une subvention de l'État, une contribution des établissements de santé ainsi que par une dotation d'assurance maladie compte tenu de sa mission au profit de l'ensemble du système hospitalier.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a accepté l'amendement.

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

M. Gérard Bapt. Compte tenu du nouveau statut des praticiens hospitaliers, le Centre national de gestion interviendra-t-il dans les nominations ? Une autre question, anecdotique celle-ci : le Centre national de gestion s'installera-t-il dans les anciens locaux de l'Institut national du cancer, qui paie toujours le loyer ?

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. À votre première question, je réponds non, et à la seconde, probablement oui.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 245 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n°s 213 rectifié et 398, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n° 213 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. La possibilité d'expérimenter, prévue par la loi, n'a pas été utilisée pour préparer la réforme du financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie car, du fait de la longue pratique des systèmes d'information médicalisés, la tarification à l'activité était effective dans l'ensemble des établissements de santé dès 2005. Les dispositions de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique qui avaient autorisé l'expérimentation peuvent donc être abrogées.

En revanche, il serait souhaitable d'étendre les expérimentations aux activités de soins de suite ou de réadaptation et, ultérieurement, aux activités de psychiatrie. Cela constituerait un progrès et répondrait à l'interrogation qui est la nôtre.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 213 rectifié et défendre l'amendement n° 398.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable à l'amendement de M. Bur. Quant à l'amendement n° 398, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 398 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 213 rectifié ?

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

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 213 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Article 40

Mme la présidente. La parole est à Mme Fraysse, inscrite sur l'article 40.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le ministre, par le présent article, vous offrez au conseil d'administration des hôpitaux locaux la possibilité de recourir, pour chacune des activités de l'établissement – médecine, soins de suite, soins

de longue durée –, à l'exercice salarié sous statut hospitalier. Alors que de nombreuses régions, telles que le Centre, la Haute-Normandie, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais, sont d'ores et déjà confrontées à des problèmes de démographie médicale, le Gouvernement nous soumet donc une nouvelle mesure ponctuelle qui, hélas, ne suffira pas à régler la question de fond.

Nous avons déjà eu l'occasion d'exprimer nos inquiétudes à ce sujet, inquiétudes qu'une récente étude de la Direction des études, de l'évaluation et des statistiques – la DREES – relative aux évolutions démographiques des professions de santé renforce encore. Elle pointe les graves déséquilibres démographiques et géographiques qui affectent la répartition des médecins. Leur âge moyen est actuellement de quarante-huit ans et demi, et un quart d'entre eux est âgé de cinquante-cinq ans ou plus. En 2025, compte tenu du *numerus clausus*, les effectifs de médecins « devraient être inférieurs de 10 % à ceux de 2005. Il y aurait alors trois médecins pour 1 000 habitants, contre 3,4 ‰ actuellement. Seul un relèvement rapide du *numerus clausus* permettrait de stabiliser le nombre de médecins entre 2015 et 2025. »

Introduit par Mme Veil en 1971, le *numerus clausus* est devenu dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix un véritable outil au service de la réduction des dépenses de l'assurance maladie : diminuer le nombre de médecins devait permettre de réduire les prescriptions, donc les dépenses de santé. Cette politique a atteint son point d'orgue en 1992, date à laquelle 3 500 étudiants seulement ont été admis en deuxième année de médecine. Ce calcul malthusien fait peser une grave menace de pénurie. Le Gouvernement a porté le *numerus clausus* à 7 000 places. Toutefois, j'attire l'attention de la représentation nationale sur le fait que le Conseil national de l'ordre des médecins estime qu'il faudrait le relever à 8 000 au moins.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. On ne va pas prendre des étudiants qui ne sont pas bons !

Mme Jacqueline Fraysse. Nous déplorons que vous vous cantonniez dans l'article 40 à des mesures d'ajustement utiles, sans doute, mais tellement ponctuelles qu'elles restent très insuffisantes.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je ne suis pas d'accord sur l'adjectif « ponctuel ». Pour la première fois, nous assurons la lisibilité jusqu'en 2010 en garantissant un *numerus clausus* de 7 000 places par an. Jusqu'à présent, le chiffre était fixé chaque année.

En revanche, il faut entamer une réflexion de fond avant 2010. À cause du développement du temps partiel, qui n'est pas dû qu'à la féminisation, 7 000 postes ne sont plus équivalents à 7 000 à temps complet. Plus largement, il faut intégrer les délégations de tâches dont a très bien parlé le président Jean-Michel Dubernard, ce qui nous conduira à envisager une recomposition de l'offre de soins compte tenu des nouvelles missions que pourront remplir les acteurs paramédicaux. Mais il faut aussi, en amont, tenir compte des capacités d'accueil des étudiants.

Mme la présidente. L'article 40 ne faisant l'objet d'aucun amendement, je le mets aux voix.

(L'article 40 est adopté.)

Mme la présidente. Nous venons aux amendements portant articles additionnels après l'article 40.

Après l'article 40

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n° 460.

La parole est à M. le ministre délégué, pour défendre l'amendement n° 460.

M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. Il s'agit d'un amendement très important. À l'origine, il avait été présenté avec l'accord du Gouvernement par Jean-Claude Lemoine, mais il a été jugé irrecevable par la commission des finances au titre de l'article 40 de la Constitution. Le Gouvernement a donc souhaité le reprendre à son compte.

L'amendement vise à faciliter l'installation des médecins en zone rurale, en permettant aux conseils généraux et à d'autres collectivités territoriales de consentir des bourses aux étudiants en médecine dès la seconde année d'études. Le Gouvernement, conscient des nécessités de faire des efforts supplémentaires – et le plan présenté en début d'année par Xavier Bertrand le prouve – pour favoriser l'installation des médecins en zone rurale, ne voulait pas laisser passer l'occasion. De la sorte, les conseils généraux et les collectivités territoriales qui le souhaiteront pourront aider à poursuivre leurs études des étudiants en médecine qui auront accepté de s'installer ensuite sur leur territoire.

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission n'a pas examiné cet amendement mais, à titre personnel, j'y suis favorable.

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

M. Gérard Bapt. L'intention est louable, mais les dépenses qui découlent de cet amendement devraient être compensées par l'assurance maladie. C'est bien à elle qu'il revient de veiller à la répartition démographique des médecins, dans le cadre de l'aménagement du territoire. Sinon, les ministres auront beau jeu d'accuser les départements et les régions d'augmenter les impôts face à un État qui, lui, serait vertueux ! Il est tellement vertueux que, quand il crée des dépenses nouvelles, il les fait financer par les collectivités locales !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pourquoi un argument aussi polémique sur un sujet sérieux ?

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 460.

M. Gérard Bapt. Je m'abstiens !

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques, n°s 33, 172 et 278.

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour soutenir l'amendement n° 33.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Cet amendement, adopté par la commission des finances, a été présenté par M. Terrasse.

Une erreur rédactionnelle dans la loi du 18 décembre 2003 a conduit à priver indûment les hôpitaux locaux de la possibilité de développer des services d'hospitalisation à domicile bénéficiant d'une tarification à l'activité à 100 %. Les hôpitaux locaux constituent une modalité originale d'association de la médecine libérale et hospitalière au service des soins de proximité. Il convient de réparer cette erreur d'écriture.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 172.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement a été très bien défendu. J'ajoute seulement qu'il serait souhaitable que les établissements hospitaliers locaux puissent développer la dialyse et l'hospitalisation à domicile, pour équilibrer la répartition des soins sur l'ensemble du territoire.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, pour défendre l'amendement n° 278.

M. Gérard Bapt. Des amendements identiques déposés par trois groupes différents, voilà qui mérite vraiment d'être pris en considération par le Gouvernement. *(Sourires.)*

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

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ces amendements ont été acceptés par la commission. Actuellement, les hôpitaux locaux peuvent développer des activités d'hospitalisation à domicile, et certains le font déjà. Cependant, la tarification à l'activité pose des problèmes techniques. Il faut notamment que les établissements aient la matière grise et les moyens financiers pour établir les tarifications par séjour hospitalier ou hospitalisation à domicile. Or la logistique est généralement adaptée à la taille des établissements, donc limitée. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ils sont maintenus hors du champ de la tarification à l'activité. Cela étant, il pourrait être intéressant de procéder à des expérimentations sur la base du volontariat, à condition toutefois de préserver la lisibilité du dispositif et de ne pas ajouter encore à la complexité du système.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'avoue avoir des réactions ambivalentes car le problème de la mise en œuvre de ces amendements est très complexe, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre de ces amendements. Je n'ai pas une longue expérience, ni parlementaire ni ministérielle... *(« Ça viendra ! » sur plusieurs bancs.)*

Seul compte l'avis des électeurs !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Pas de fausse modestie, vous êtes parfait !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je vous remercie, monsieur Jacquat.

Mais qu'un amendement soit porté par des députés qui siègent sur des bancs aussi divers mérite que l'on passe outre à la complexité. Cela étant, je ne voudrais pas devoir conclure que la complexité est la conséquence de la diversité ! *(Sourires.)*

Sur le fond, je suis d'accord avec l'objectif visé par les auteurs des amendements, mais il peut d'ores et déjà être approché par le biais des dotations. Si l'on généralise la T2A, il faudra des adaptations législatives et réglementaires. Il faudra ensuite des systèmes d'information nécessaires à la valorisation de l'activité. Par ailleurs, un dispositif d'avance de trésorerie sera nécessaire. C'est possible, mais difficile à mettre en œuvre.

S'il s'agit d'une simple expérimentation, comme l'a laissé entendre Jean-Marie Rolland, j'y suis favorable dès demain, mais si l'on vise la généralisation de la T2A, un tel objectif requiert d'engager un énorme travail avant l'examen au

Sénat ou la réunion de la CMP. Une mise en œuvre dès le début de 2007 pour les hôpitaux locaux serait vraiment très compliquée si l'on s'en tenait à l'activité.

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

M. Jean-Luc Prével. Je vous rassure, monsieur le ministre, il est prévu un décret en Conseil d'État. Avant qu'il ne soit pris, il s'écoulera un peu de temps.

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Monsieur Prével, depuis la réforme de l'assurance maladie, je mets un point d'honneur à appliquer rapidement les dispositions votées par les parlementaires. Je vous rappellerai que 85 % des textes réglementaires de la réforme sur l'assurance maladie ont été publiés dans les quatre mois qui ont suivi l'adoption du texte. Je pense que, lorsqu'une loi est votée, il faut faire le nécessaire pour qu'elle puisse être appliquée.

J'ajoute que cette disposition entraînerait quatre autres modifications législatives – un long travail en perspective, je le dis notamment à l'intention de M. Yves Bur.

Mme la présidente. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 33, 172 et 278.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement n^o 55.

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

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement n^o 55 vise à informer le Parlement sur la situation exacte des contentieux en responsabilité civile. En effet, monsieur le ministre, vous avez souhaité faire supporter à l'assurance maladie une partie des augmentations des primes d'assurance professionnelle des praticiens libéraux. Cette décision n'a pas fait l'unanimité – c'est le moins qu'on puisse dire.

Le 23 août dernier, la commission réglementaire du Conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie a émis un vote défavorable à la prise en charge des deux tiers des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle des chirurgiens et obstétriciens qui s'engagent dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques. Aucun membre de cette commission réglementaire, dont l'avis n'est que consultatif, n'a voté en faveur de votre projet.

Ont été notamment critiqués « le principe même de la prise en charge par la collectivité d'une partie des primes d'assurances liées à une activité libérale », ainsi que la prise en charge d'une part de ces primes sans qu'on puisse vraiment apprécier la sinistralité et sans que l'impact économique à terme de ces dispositions ait été analysé.

C'est de ce dernier point que traite le présent amendement. Les observations du Conseil de la CNAM nous paraissent en effet d'autant plus légitimes que le Parlement, qui est pourtant chargé du contrôle de l'exécutif, ne dispose d'aucune information précise sur la situation exacte des contentieux en responsabilité civile médicale.

Nous assistons en effet à une augmentation des montants des primes d'assurances des médecins sans pour autant avoir les moyens de vérifier si elle correspond véritablement à l'évolution des contentieux en responsabilité civile médicale. Toute la lumière doit donc être faite sur l'inflation des primes exigées par les compagnies d'assurances et sur les difficultés qui en résultent pour les professionnels de santé.

Sommes-nous véritablement en mesure de déterminer si l'augmentation des primes est justifiée ? Pour le savoir, il nous faudrait connaître à la fois l'évolution du nombre

des contentieux, le nombre de ceux qui ont fait l'objet de condamnations et le coût qui en a résulté pour les assurances. Celles-ci nous assurent qu'il leur faut augmenter le montant des primes parce que l'augmentation du nombre des contentieux leur coûte très cher mais, dans le même temps, nous n'avons pas le moyen de vérifier leurs chiffres, quand nous les connaissons ! Dans ces conditions, il est pour le moins surprenant de demander à l'argent public de prendre en charge une partie de primes d'assurances dont nous ignorons tout.

C'est la raison pour laquelle l'amendement n^o 55 prévoit un rapport qui « présentera un état des lieux des contentieux juridiques impliquant des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice », puisque, je le rappelle, deux tiers de la dépense seront pris en charge par l'assurance maladie, ce qui est loin d'être un détail, compte tenu surtout de la situation financière de celle-ci.

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

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

M. Gérard Bapt. Pourquoi ?

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

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

Madame Fraysse, quelles conclusions tireriez-vous de ce rapport en termes de RC médicale ?

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient avant tout de savoir si les augmentations des primes d'assurances des praticiens correspondent ou non à une hausse proportionnelle des dépenses des compagnies. Je n'en suis pas certaine. Du reste, même si j'avais des exemples précis, ils seraient insuffisants pour me faire une opinion.

M. le ministre de la santé et des solidarités. J'insiste : si tel n'était pas le cas, quelles conclusions en tireriez-vous ?

Mme Jacqueline Fraysse. Si ce n'était pas le cas, le Gouvernement devrait entamer avec les assureurs des discussions afin d'exiger de leur part qu'ils modèrent le montant de leurs primes. Sinon, cela signifierait non seulement que les assurances sont autorisées, dans la plus parfaite liberté – celle du libéralisme, voire de l'ultralibéralisme –, à augmenter leurs primes sans avoir à le justifier devant la représentation nationale, mais encore que celle-ci doit accepter de prendre en charge une partie de ces primes sur la foi des chiffres donnés par ces mêmes assurances ! En fait, nous nous apprêtons à accepter de transférer de l'argent public vers des assurances privées sans pouvoir juger en toute connaissance de cause du bien-fondé d'un tel transfert – lequel constitue une décision de la plus haute importance. Cela est profondément choquant !

Tel est le premier aspect de la question.

Le second aspect a été souligné par le Conseil de la CNAM : est-ce à l'assurance maladie de prendre en charge une partie de ces sommes ?

Je le répète : il importe de savoir si le nombre des contentieux en France est aussi élevé que les assurances veulent bien le dire. A-t-il été véritablement multiplié par dix, voire par cent ? À l'heure qu'il est, je l'ignore, et vous paraissez, monsieur le ministre, l'ignorer tout autant que moi. Vous faites donc confiance au dire des assureurs visant à justifier les augmentations des primes.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je n'ai pas dit cela, et vous ne pouvez tirer, en la matière, aucune conclusion de l'avis défavorable du Gouvernement à votre amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. Dans ces conditions, faites-nous part de vos motivations.

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

M. Gérard Bapt. Monsieur le ministre, votre attitude est énigmatique. Je ne saurais croire, en effet, que vous n'avez pas connaissance, ne serait-ce que pour le secteur hospitalier public, qui pourvoit à l'assurance de ses médecins, de l'évolution des réparations versées en application des décisions des juridictions compétentes.

Dans le cadre de l'Union hospitalière privée, j'ai reçu un directeur d'établissement MCO de la région de Montpellier, dans le Languedoc-Roussillon. En quelques années, m'a-t-il dit, sa prime d'assurance est passée de 30 000 euros à 200 000 euros ! De tels chiffres ne peuvent que justifier l'inquiétude de Mme Fraysse : elle a raison, et nous avons raison, avec elle, de nous interroger. Si une telle augmentation est justifiée, cela signifie que les juges imposent des niveaux de réparation de plus en plus élevés. Est-ce alors à l'assurance maladie de prendre en charge tout ou partie des primes d'assurances ? Si j'ai bien compris, vous avez décidé qu'elle en prendrait en charge une partie. Dans le même temps, les médecins disent qu'ils se livreront à des dépassements d'honoraires du fait que la rémunération de leurs actes n'a pas suivi l'évolution de leurs primes d'assurances. Je pourrais citer l'exemple d'un chirurgien en cardiologie vasculaire qui, auparavant, devait poser deux valves pour payer sa prime d'assurance et qui doit, désormais, en poser vingt ! Notre interrogation est donc légitime !

Les pouvoirs publics doivent nous donner une réponse sur le sujet ! Ou ces augmentations sont justifiées, et il convient de répondre à la préoccupation des médecins ; ou elles ne le sont pas, et les pouvoirs publics ont pour devoir de trouver une solution.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Laquelle ?

M. Gérard Bapt. Il existe des organismes, comme le Sou Médical, dont la création a répondu à une finalité collective.

Mme Jacqueline Fraysse. La mutualisation, tout simplement !

M. Gérard Bapt. Nous ne saurions rester dans une situation conduisant les assurés sociaux à prendre en charge une explosion non justifiée des primes d'assurance ! Et, si elles le sont, le problème est à traiter !

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

M. Claude Évin. Ce dossier est complexe et on ne peut sans doute pas le traiter intégralement dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Encore que...

M. Claude Évin. Les problèmes qu'il pose ne sont pas seulement d'ordre financier, mais également d'ordre juridique.

Quoi qu'il en soit, monsieur le ministre, nous ne saurions accepter d'en rester, en la matière, à un risque de fuite en avant. Nous ne connaissons pas encore de manière précise les conséquences, d'une part, de l'évolution de la jurisprudence, d'autre part de la mise en place des mécanismes d'indemnisation, notamment de ceux qui ont été instaurés dans le cadre de la loi du 4 mars 2002. Ce que nous savons,

c'est que, si le nombre des sinistres à indemniser n'a peut-être pas augmenté, en revanche, certains sinistres font l'objet d'une indemnisation particulièrement lourde.

Or – tel est le problème – l'assurance des professions de santé n'est pas mutualisée, si bien que la solidarité n'est supportée que par les professionnels les plus exposés. Je ne suis pas certain que les professions médicales dans leur ensemble accepteraient la mutualisation des risques et il faut certainement réfléchir à d'autres pistes de travail : toutefois, d'autres professions libérales ont su mutualiser l'ensemble de leurs risques.

M. Gérard Bapt. Comme les notaires !

M. Claude Évin. Il est vrai que la revendication des professions de santé au cours de l'été vous a peut-être conduit, monsieur le ministre, à aller vers des conclusions un peu rapides en la matière. En tout état de cause, le problème risque de se poser de nouveau si les assureurs décident de se dégager de ce risque assurantiel dans les prochaines semaines. Il nous faudra bien, alors, revenir sur ce sujet. Or ce n'est pas un rapport qui nous donnera la solution. À ce stade de nos échanges, il est au moins utile de reconnaître que la question est loin d'être réglée.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Leonetti.

M. Jean Leonetti. Nous pointons du doigt la hiérarchisation des urgences. En l'occurrence, nous sommes dans une impasse. Il s'agit ici d'évaluer le risque. Or celui-ci, financièrement parlant, peut être majeur. Et comme il est à la fois individuel et porté par certaines professions, nous sommes pour l'instant incapables de mettre en place une autre solution que celle proposée par le Gouvernement. C'est la raison pour laquelle je ne pense pas qu'une évaluation du risque en termes de somme globale permettra de diminuer les polices d'assurance. Il s'agit en effet d'un risque individuel du médecin vis-à-vis de son patient, dans le cadre d'une profession fort différente des autres.

Le Gouvernement nous propose donc une solution de sagesse dans le cadre de ce PLFSS. Si d'autres solutions apparaissaient ultérieurement, elles pourraient toujours être mises en place. Compte tenu de la complexité du sujet et du travail à accomplir sur la question de l'assurance individuelle, s'agissant notamment des conséquences de la loi de mars 2002, il me paraît prudent de s'en tenir aujourd'hui aux propositions du Gouvernement, sans rentrer dans des investigations qui, de toute façon, ne pourront pas apporter de solution dans le cadre de ce PLFSS.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Dans ces conditions, mes chers collègues, les assurances pourront encore augmenter leurs tarifs, et elles le feront d'autant plus sereinement qu'elles savent que, de toute façon, la collectivité publique prendra en charge les deux tiers de la prime.

Monsieur le ministre, vous m'avez demandé des solutions. J'ai proposé, lors de la discussion générale, d'examiner la possibilité d'une mutualisation pour prendre en charge ces risques bien réels.

M. Jean Leonetti. Dans l'immédiat, c'est impossible !

Mme Jacqueline Fraysse. Dans l'urgence, peut-être n'aviez-vous pas le choix. Mais, aujourd'hui, mesurons bien dans quoi nous nous lançons. Cela risque d'être sans fin.

M. Jean Leonetti. Ce n'est que le début ! Nous ne pouvons pas savoir si ce sera sans fin !

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pardonnez-moi de vous avoir sollicités les uns et les autres sur ce sujet, mais c'est un débat de fond et je suis heureux que l'on commence à l'avoir maintenant.

M. Claude Évin Ce n'est pas dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale que nous allons avancer !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je pense que si, monsieur Évin !

Vous avez fait allusion au dispositif que nous avons mis en place pendant l'été : il n'est pas nouveau. Il a pris naissance, en effet, dans la loi de 2004 puisque les contrats de bonne pratique permettaient d'ores et déjà la prise en charge par l'assurance maladie. J'ai simplement modifié le système pour augmenter cette prise en charge. Je préfère effectivement que ce soit l'assurance maladie qui finance une partie de l'assurance des professionnels et non les dépassements d'honoraires. C'est une question de solidarité nationale. Je considère que ce n'est pas au patient de financer la responsabilité civile médicale. Au moins, les règles du jeu sont clairement établies.

Cela étant, je vous le dis en toute franchise, nous n'en avons pas fini avec ce dossier. Comme vous l'avez indiqué les uns et les autres, le dispositif actuel ne nous permet pas d'avoir l'information nécessaire sur les raisons de l'évolution des primes d'assurance. Nous avons besoin d'une meilleure lisibilité pour éviter les évolutions indéfinies. À défaut, les gouvernements qui se succéderont seront conduits à revoir les règles de l'accréditation et à augmenter les montants financés.

D'ores et déjà et alors, pourtant, que nous avons consenti un effort important, de jeunes gynécologues se voient appliqués des primes de 36 000 euros avant d'avoir pratiqué la moindre intervention ! Si nous ne faisons rien, nous serons donc confrontés à un vrai problème d'accès aux soins car des praticiens abandonneront cette spécialisation ou refuseront de s'y engager.

Par conséquent, il faut poursuivre notre travail. On peut, comme vous le faites, madame Fraysse, réclamer une information. Mais, l'Office des accidents médicaux nous permet dès à présent d'avoir des éléments en la matière. En tout état de cause, si ces éléments d'information nous sont utiles, ils ne nous dispenseront pas d'en tirer les conclusions.

En fait, c'est le mécanisme assuranciel qui explique les explosions de tarifs. Certes, on peut les trouver anormales. Mais, dans ce cas-là, il faut aussi s'en inquiéter s'agissant de l'assurance auto ou habitation.

Mme Jacqueline Fraysse. Tout à fait !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Pour l'heure, nous ne pouvons pas remettre en cause le principe assuranciel en lui-même.

Aujourd'hui, lorsqu'un sinistre est ouvert par un patient auprès d'une compagnie d'assurance, celle-ci provisionne un montant de sinistre, lequel a toujours vocation à couvrir largement ledit sinistre. Or, au bout de quelques années, lorsque le sinistre est soldé, il est très rare que le montant de l'indemnité soit supérieur à l'estimation : soit la plainte n'a pas été jusqu'au bout, soit le montant du sinistre est inférieur. Mais les primes des praticiens ont été calculées en fonction de l'ouverture des sinistres. Si donc vous avez une ouverture de sinistre à 5 millions d'euros, les primes sont calculées en fonction de ce montant même si, quelques

années plus tard, l'assurance ne verse que 2 millions d'euros ou 100 euros. Mais il arrive aussi que les 5 millions en question soient versés.

En tout cas, nous n'avons pas trente-six possibilités de régler le problème. Nous pouvons envisager une nationalisation complète du secteur de l'assurance responsabilité civile médicale, qui est un métier à part. Il semblerait que la Suède s'oriente dans cette voie. Nous avons mis en place une mission IGAS pour y voir clair. Mais, et c'est la deuxième possibilité, nous pouvons aussi décider de pratiquer l'écrêtement des indemnités versées par les assureurs. Il ne s'agirait en aucune façon de revenir sur les principes d'indemnisation de la loi sur les droits des victimes : simplement, l'assurance ne prendrait en charge qu'un certain niveau d'indemnisation et, ensuite, l'ONIAM, c'est-à-dire l'assurance maladie, couvrirait les quelques sinistres qui dépassent ce niveau. Nous aurions alors une lisibilité du système dès le départ. L'assurance connaîtrait le montant maximal de l'indemnisation qu'elle pourrait avoir à verser et il n'y aurait donc plus de système de fixation des primes, entraînant des explosions de primes.

Aujourd'hui, et même si certains trouvent le dispositif intéressant, il y a encore quelques résistances ou réticences. À nous de savoir ce que nous voulons. On peut aussi décider de renvoyer le problème aux calendes grecques. Pour ma part, et je pense que le PLFSS peut être, à cet égard, un bon vecteur, j'ai à cœur de continuer les discussions en accéléré pour voir si nous sommes capables d'aller jusqu'au bout de ce dossier avant la fin de l'année. Si nous ne faisons rien, les explosions de prime continueront de se produire. Vous avez tout à fait raison, il n'appartient pas à l'assurance maladie de solvabiliser le rôle des assurances. Si l'actuelle disposition a été mise en place, cet été, c'est parce que je voulais qu'on puisse garantir l'accès aux soins. Mais, en tout état de cause, si nous ne menons pas ce travail jusqu'à son terme, et ce, rapidement, il sera, dans quelques années, trop tard pour pleurer. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 55.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 41

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 41.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je veux dire d'emblée ma satisfaction de voir enfin une avancée sur une question assez douloureuse et un peu déshonorante pour notre pays : je veux parler de la situation des médecins à diplôme étranger qui exerce tous les jours dans nos établissements dans des conditions de précarité et de salaire tout à fait préoccupantes.

Sans faire l'historique, compliqué, de leur sort, disons simplement qu'il était vraiment temps de parvenir à un règlement, qui n'est d'ailleurs pas encore parfait. J'espère que nos débats permettront de résoudre les derniers problèmes, à propos desquels nous avons déposé des amendements.

Il est temps, en effet, de solder la question des praticiens à diplômes hors Union européenne, les PADHUE. Ces praticiens sont dans la situation ubuesque d'exercer dans les hôpitaux français sans en avoir l'autorisation officielle. Pourtant, ils sont tout aussi compétents que leurs collègues français, puisqu'ils ont suivi, pour nombre d'entre eux, les mêmes études de deuxième et troisième cycles,

sanctionnées par les mêmes examens. Ils ont simplement le privilège d'être moins bien rémunérés et constituent ce que certains pourraient appeler une « main-d'œuvre formée à bon marché ».

Saisie, la HALDE a d'ailleurs été très claire : « C'est dans l'exploitation qui est faite de leur absence de statut alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source. Celle-ci s'opère en raison de l'origine, dans l'accès à l'emploi et dans l'emploi. »

Ces praticiens sont venus poursuivre leurs études en France, et comme ils arrivaient au moment même où l'on pensait qu'il suffirait de réduire l'offre de soins en baissant le *numerus clausus* pour réduire la demande, ils ont comblé les déficits de personnel dans les hôpitaux.

Comme je l'ai dit dans la discussion générale, leur nationalité étrangère et leur statut précaire leur ont notamment « offert la chance » d'accumuler les gardes dont personne ne voulait, à un salaire dont personne ne voulait non plus.

Sur 4 000 praticiens ainsi formés, 3 600 environ sont rentrés dans leur pays d'origine et 400 ont fait le choix de rester en France, où les hôpitaux, je le répète, avaient besoin d'eux – on pourrait même dire : ont toujours besoin d'eux. En effet, plus de 3 000 postes de praticiens hospitaliers sont vacants dans les hôpitaux de notre pays. Et ces vacances sont partiellement compensées actuellement par le recrutement des PADHUE à moindre coût.

Le PLFSS prévoit, avec cet article 41, de créer de façon dérogatoire, et en parallèle à la nouvelle procédure d'autorisation, un examen réservé aux praticiens recrutés par les hôpitaux avant la publication du décret de juin 2004.

L'obtention de cet examen leur permettra de se présenter devant la Commission d'autorisation d'exercice du conseil de l'Ordre des médecins. Mais pourquoi faire passer un nouvel examen théorique à des praticiens qui ont suivi en France le deuxième cycle d'études médicales pour les généralistes, et le troisième pour les spécialistes, qui ont donc déjà passé de multiples épreuves de contrôle des connaissances et qui exercent déjà dans les hôpitaux français depuis de nombreuses années ?

L'article 41 dispose que les praticiens à diplôme étranger titulaires du certificat de synthèse clinique et thérapeutique sont dispensés d'examen pour se présenter devant la Commission d'autorisation d'exercice.

Pour notre part, nous considérons que cette dispense doit être étendue aux personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée dans nos établissements de santé au cours des deux ans précédant la promulgation de ce PLFSS.

Monsieur le ministre, il est urgent de sortir dignement de cette situation. Nous devons assumer le fait que ces médecins sont venus avec l'assentiment de l'État français, qu'ils ont largement contribué au fonctionnement de nos établissements et qu'ils se sont acquittés de cette tâche avec efficacité dans des conditions très difficiles, pour ne pas dire dévalorisantes.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Si je ne le pensais pas, cet article ne figurerait pas dans ce PLFSS !

Mme Jacqueline Fraysse. Cela a tardé. Apparemment, la réflexion a été lente...

M. le ministre de la santé et des solidarités. À qui le dites-vous, le problème remonte à 1999 !

Mme Jacqueline Fraysse. Ceux qui sont restés ont même fait l'effort de faire reconnaître leur savoir-faire par la sanction d'un diplôme français. Ils sont près de 400 dans cette situation. Ce n'est pas beaucoup pour un pays comme le nôtre et qui, de surcroît, en a besoin.

Il est temps de rendre à ces professionnels une partie de ce qu'ils ont donné à notre pays en leur permettant de disposer d'un vrai statut. Cette mesure leur rendrait leur dignité et nous grandirait tous.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Le Fur.

M. Marc Le Fur. Je voulais défendre un certain nombre d'amendements ayant trait au problème de la démographie médicale, mais les dispositions de l'article 40 me l'ont interdit.

M. Gérard Bapt. C'est dommage !

M. Marc Le Fur. Je vais donc m'exprimer sur cette question.

Le risque de fracture sanitaire est réel dans notre pays, entre des zones qui comptent un grand nombre de médecins et de professions paramédicales – au risque de générer une surconsommation médicale – et des zones rurales ou des quartiers difficiles qui vont manquer de médecins.

Des différences régionales existent. Si la moyenne nationale est relativement satisfaisante – 329 médecin pour 100 000 habitants – elle est de 423 en Île-de-France tandis qu'en Picardie, région qui vous est chère, monsieur le ministre, elle tombe à 249.

Les différences entre les régions se creusent mais, au sein d'une région, les différences sont encore plus nettes. Si vous consultez l'excellent site de l'URCAM de Bretagne, vous verrez qu'en Bretagne la moyenne est très satisfaisante, mais que de grosses différences existent entre certains secteurs de la région. Alors que la moyenne régionale est de 10 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants, elle est de 7 dans certains secteurs. Et quand on regarde la pyramide des âges, c'est encore plus inquiétant. Le chiffre de 3 médecins dans un canton de 4 000 habitants peut paraître satisfaisant, mais quel âge ont ces médecins ? Cinquante-cinq, cinquante-sept et cinquante-neuf ans ! Que se passera-t-il dans quelques années ?

Comment faire en sorte que les jeunes médecins, plus nombreux grâce aux décisions que vous avez su prendre – je pense au *numerus clausus* – se dirigent spontanément vers la médecine générale libérale et vers les secteurs ruraux les plus difficiles, qui sont situés dans le nord de notre pays ?

Je prendrai un exemple très concret. Je suis député d'une circonscription dans laquelle, depuis 1997, aucune jeune femme médecin généraliste ne s'est installée. C'est d'autant plus grave que, dans l'académie de Rennes, 65 % des jeunes docteurs sont des femmes. Or, très peu vont s'installer dans le secteur rural. C'est un problème majeur. Nos concitoyens s'inquiètent lorsque la perception ferme ou que la poste est menacée, mais quand ils n'auront plus de médecins, ils ne s'inquiéteront pas : ils crieront ! Pour éviter cela, il faut anticiper.

Je sais, monsieur le ministre, que vous êtes sensible à ces questions et que des mesures incitatives ont été prises. Ma conviction est qu'elles ne suffiront pas...

M. Gérard Bapt. Hélas !

M. Marc Le Fur. ... et qu'il faut aller plus loin. La solution serait d'appliquer à la médecine ce qui se fait pour la pharmacie. La règle serait la suivante : dans la partie de notre pays où il y a suffisamment de médecins, un jeune médecin ne pourrait s'installer que s'il succède à un confrère. En revanche, dans les secteurs qui manquent de médecins, une liberté totale d'installation serait accordée. Cela permettrait de rétablir des moyennes plus satisfaisantes en termes de couverture médicale.

Cette solution ne coûte rien et ne rompt pas avec la liberté d'installation : elle ajoute simplement une condition. Elle est déjà appliquée dans d'autres professions, comme la pharmacie. Je sais bien qu'une telle décision ne peut être prise dans l'immédiat, mais il est indispensable d'y réfléchir, monsieur le ministre, car nous n'en ferons pas l'économie.

Dans le cadre de la loi sur le développement des territoires ruraux, nous avons défini des cantons déficitaires en termes de couverture médicale. Je considère que cette carte est exagérément pointilliste.

M. le ministre de la santé et des solidarités. C'est juste !

M. Marc Le Fur. Certes, tous les cantons déficitaires ont été pointés, mais ils sont parfois tellement isolés que peu d'installations y sont possibles.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Vous avez raison sur ce point !

M. Marc Le Fur. Par ailleurs, vous insistez très justement sur l'installation de groupes médicaux, comme les maisons de santé. Pourquoi ne pas élargir cette carte ?

M. le ministre de la santé et des solidarités. C'est en cours !

M. Marc Le Fur. Pour illustrer la schizophrénie à laquelle nous sommes confrontés, je vous dirai que j'ai la chance de bénéficier de crédits d'État pour un pôle d'excellence rurale. (*« Bravo ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Ces crédits serviront à financer des maisons de santé. Mais celles-ci seront implantées dans des cantons qui ne figurent pas sur la carte, ce qui signifie, de fait, que la liberté pour les collectivités locales de participer à la réalisation de ces maisons de santé est juridiquement incertaine.

Le paradoxe est le suivant : l'État risque de refuser aux élus le droit de réaliser des maisons de santé, alors même qu'ils les cofinancent grâce aux pôles d'excellence rurale. Il y a plusieurs chapelles dans la maison du père, mais les contradictions, en la matière, sont excessives. Il faut que ce problème soit résolu, et rapidement.

Monsieur le ministre, j'ai la conviction que nous ne ferons pas l'économie d'une action plus efficace que les mesures incitatives car, pour les médecins qui exercent en milieu rural, le problème n'est pas d'ordre financier. Dans le secteur de la Bretagne intérieure que je représente, le nombre d'actes par médecin est de 25 % supérieur à la moyenne nationale. Oh ! ils ne font pas la course pour multiplier les actes, mais la pression est grande car de nombreuses personnes âgées résident en milieu rural, et elles ont plus que les autres besoin d'un médecin généraliste. Le problème ne peut donc pas être résolu par l'incitation financière, ou bien il faudrait qu'elle soit considérable.

L'autre difficulté que connaît le monde rural, c'est que la contrainte des gardes y est plus lourde qu'en ville, où les rotations sont moins fréquentes, notamment du fait de la présence de SOS Médecins.

En bref, si la situation s'améliore en matière de gardes, la différence entre le médecin rural et le médecin de ville demeure, voire s'accroît. C'est dire que nous ne pourrions aborder ce sujet de la démographie médicale que si nous prenons des dispositions susceptibles de tarir l'installation là où elle est excessive, au grand bénéfice des comptes de la sécurité sociale. Et ces dispositions devront inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones où la démographie médicale, aujourd'hui acceptable, sera déséquilibrée par l'évolution de la pyramide des âges. (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

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

M. Jean-Luc Prével. Après le plaidoyer de M. Le Fur, auquel je m'associe pour ce qui concerne la démographie médicale, je voudrais revenir à l'article 41 et aux diplômés originaires de pays extérieurs à l'Union européenne. C'est un problème ancien et douloureux, en partie réglé après de nombreuses tentatives – en 1972, 1995 ou encore en 1999 – par le décret de 2004.

Monsieur le ministre, ce que vous nous présentez constitue manifestement une amélioration mais, pour de nombreuses raisons, le problème demeure complexe. On peut de manière caricaturale opposer le *numerus clausus*, qui exclut un grand nombre de nos jeunes étudiants motivés, qui auraient sans doute fait d'excellents médecins, et les besoins de professionnels de santé dans les pays dont ces personnes sont originaires, mais la réalité est beaucoup plus complexe.

En raison de la vacance de praticiens hospitaliers dans les hôpitaux, de nombreux postes sont occupés par des personnes diplômées en dehors de l'Union européenne. Or ces personnes travaillent, figurent sur les tableaux de service, assurent des gardes et garantissent le bon fonctionnement de nos établissements, y compris dans les services d'urgence, même si cela est parfois difficile à comprendre pour la population. Beaucoup se trouvent dans une situation difficile. Certains se sont mariés en France, ont des enfants français et sont parfois eux-mêmes devenus français. Ils sont intégrés dans notre pays, mais n'ont pas la possibilité d'exercer comme les autres médecins.

En dépit de l'évolution législative et réglementaire, nous sommes devant un problème extrêmement complexe puisque les origines de ces personnes sont différentes et que leurs diplômes sont multiples. Certains ont obtenu des diplômes de spécialité français. Il faut prendre en compte toute cette diversité. Naturellement, nous souhaitons maintenir la plus grande compétence pour assurer à nos concitoyens des soins de qualité.

Le décret de 2004 a réglé un certain nombre de cas. Selon les chiffres que j'ai pu obtenir, il semble que, récemment, 3 800 candidats se soient présentés pour 183 postes. Il s'agit donc d'une vraie sélection, dont on peut penser qu'elle assure la compétence des candidats choisis. Mais que deviennent les autres ?

Vous proposez, monsieur le ministre, de remplacer le concours par un examen, mais le nombre des admis serait défini par le ministère. Allons-nous retrouver ces fameux « reçus collés » que nous avons déjà connus en médecine, qui ont obtenu la moyenne mais qui ne sont pas admis ? Si c'est le cas, la situation sera ingérable !

M. le ministre de la santé et des solidarités. S'ils ont obtenu la moyenne, ils seront reçus puisqu'il s'agit d'un examen et non d'un concours !

M. Jean-Luc Prével. J'avais compris que leur nombre serait défini chaque année par un arrêté !

Mme Jacqueline Fraysse. Tout à fait ! C'est un quota !

M. Jean-Luc Prével. J'aimerais que le ministre nous donne des explications sur ce point.

Mme la présidente. Le ministre va vous répondre, monsieur Prével. Poursuivez !

M. Jean-Luc Prével. Il serait souhaitable, mais sans doute est-ce irréalisable, de trouver l'adéquation entre le *numerus clausus*, le nombre de praticiens diplômés à l'étranger qui viennent dans notre pays et font fonctionner nos hôpitaux, et la prise en compte de graves problèmes humains. L'article 41 est un progrès, mais malheureusement il ne peut tout résoudre.

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

M. Gérard Bapt. Mme Fraysse a parfaitement exposé les avancées que représente cet article. Néanmoins, nous voudrions manifester notre incompréhension – nous avons déposé un amendement à cet égard – devant le fait que des praticiens formés en France et exerçant dans des établissements hospitaliers depuis une assez longue période ne soient pas admis par dérogation à la validation de leur titre, alors même qu'ils ont acquis leur spécialité et obtenu l'autorisation CSCT. Cette situation est inacceptable, d'autant que ces praticiens subissent une discrimination, étant moins payés que les autres et travaillant souvent plus, et que nous avons besoin d'eux dans les hôpitaux qui souffrent de problèmes de démographie médicale.

L'argument opposé est que leur régularisation massive risque d'engendrer la fuite de ces médecins des établissements hospitaliers vers la médecine libérale. Mais si ces 350 à 400 praticiens qui exercent depuis plusieurs années dans un établissement, y ont créé des liens, voyaient leur statut reconnu et leur rémunération croître, l'immense majorité d'entre eux continuerait d'exercer dans les mêmes conditions.

Il y a aussi le problème des déserts médicaux qui sont en train de s'installer. La solution proposée par M. Le Fur consiste, dans certaines zones surdotées par rapport à la moyenne nationale, à remplacer un médecin partant par un seul médecin arrivant, selon la théorie du remplacement « un pour un ». Mais cette solution inquiète les représentants syndicaux des médecins qui pensent que cela fera exploser le prix de l'installation et de l'association et représentera une rente pour les médecins installés qui acceptent un nouveau associé. La difficulté est réelle.

Par contre, s'agissant de l'évolution des modes de rémunération et de la possibilité d'exercer sous une forme salariée à temps plein ou à temps partiel, notamment dans les zones en difficulté démographique – sujets dont nous parlions déjà il y a quelques années –, nous apprécions que la réflexion progresse, même si je note que M. le ministre est toujours aussi hérissé par cette perspective qui, pourtant, s'imposera à nous. Et comme M. Dubernard le déclarait lors de la discussion générale, cette médecine anglaise, qui fut tant décriée, tend aujourd'hui à devenir exemplaire.

M. le ministre de la santé et des solidarités. Ce n'est pas mon modèle !

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

M. le ministre de la santé et des solidarités. Je vais tout d'abord répondre à une partie de l'intervention de M. Bapt et à la totalité de celle de M. Le Fur sur la question de la démographie médicale.

Je crois à l'incitation, et à la seule incitation, et je vais vous expliquer pourquoi.

Notre système de santé est libéral : il garantit la liberté d'installation et la liberté de prescription. Or si l'on touche à l'un de ces piliers, le système sera amputé et son avenir menacé car je peux vous assurer – je le sais par intime conviction, mais aussi pour en avoir parlé avec de très nombreux professionnels de santé déjà installés et avec d'autres qui sont tentés par ces professions –, que les jeunes n'auront plus confiance car ils se demanderont où s'arrêtera cette remise en cause.

S'agissant des dispositifs contraignants, je ne peux pas imaginer que vous vouliez les mettre en œuvre pour ces jeunes avant la fin de leurs études médicales ! On ne change pas les règles du jeu qui ont conduit les jeunes à faire le choix d'étudier la médecine ! Vos dispositifs ne fonctionneront que dans dix ans, mais dans dix ans, il sera trop tard ! Vous commencerez à appliquer de nouvelles règles pour les nouveaux étudiants en médecine, mais dans dix ans, les déserts médicaux ne seront plus un risque comme aujourd'hui : ils seront déjà une réalité, voire une fatalité.

Il faut vraiment ne rien connaître au système de santé pour prononcer des stupidités comme l'ont fait Mme Royal et, dans une moindre mesure, M. Fabius, qui veulent obliger les jeunes à s'installer dans telle ou telle région à la sortie de leurs études ! Franchement, cela ne réglera rien dans les dix ans qui viennent car le système de santé français sera totalement amputé !

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Le ministre a raison de s'énerver !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Mais j'arrête là sur l'aspect politique.

On n'a jamais donné sa chance à l'incitation.

Jamais on n'a été jusqu'au bout des choses, comme nous sommes en train de le faire aujourd'hui grâce aux bourses. Nous donnons le choix aux étudiants. Pendant leurs études, telle collectivité locale les aidera dans leurs études, soit en prenant en charge leur logement, soit en finançant leurs études avec des bourses spécifiques. Les étudiants auront le choix de dire oui ou non, et si c'est oui, ils s'engageront à rester deux, trois, quatre ou cinq ans dans telle ou telle région. Et il y a de grandes chances qu'en y restant, ils aient envie, ensuite, de s'y installer. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Voilà ce qui est mis en place, et c'est tout le sens de l'amendement que défendait tout à l'heure Philippe Bas, reprenant un amendement déposé par Jean-Claude Lemoine.

M. Gérard Bapt. C'est la proposition de M. Fabius !

M. le ministre de la santé et des solidarités. L'avenir, c'est aussi le développement des cabinets de groupe. Il faut les imaginer différemment, les collectivités pouvant également décider de mettre des locaux à disposition. Ces cabinets pourraient fonctionner non pas avec un, mais avec deux, trois médecins généralistes, voire avec des cabinets secondaires, ce qui permettrait une couverture médicale sur l'ensemble de la semaine. N'oublions pas que pourraient être présents dans ces cabinets de groupe un masseur-kinésithérapeute, un infirmier, voire un dentiste. Des cabinets

mobiles se mettent en place aujourd'hui, répondant à toutes les normes de sécurité et assurant aussi une présence médicale. Voilà ce que nous pouvons faire aujourd'hui.

Cela étant dit, même en relevant le *numerus clausus* comme nous l'avons fait – il a augmenté de 50 % depuis 2002 dans notre pays, passant de 4 300 à 7 000 –, ces dispositions ne porteront tous leurs fruits que dans quelques années.

Vous avez souhaité que l'on aille jusqu'au bout des incitations. Il faut donc faire en sorte que ceux qui sont proches de la retraite, monsieur Le Fur, soient tentés de prolonger leur activité de quelques années pour permettre la jonction avec les nouveaux arrivants. Voilà pourquoi nous avons décidé de relever le plafond du cumul emploi-retraite. Un médecin proche de la retraite pourra continuer à exercer en levant un peu le pied grâce à une activité réduite et, pourquoi pas ? en s'installant dans un cabinet de groupe, mais sans être obligé d'aller voir son expert-comptable tous les mois pour savoir jusqu'à combien il peut gagner pour ne pas avoir de problème avec sa retraite. Le relèvement de ce plafond donnera la tranquillité d'esprit de cumuler emploi et retraite. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)

En ce qui concerne le zonage, les missions régionales de santé, qui regroupent les URCAM et les ARH, avaient établi une première copie, mais qui était, selon moi, à revoir car leur vision était trop cantonale, trop administrative. Je ne leur jette pas la pierre : c'est moi-même qui leur avais commandé ce travail, mais on s'est aperçu qu'il fallait, parfois, aller au-delà de la limite territoriale. Dans mon propre département, par exemple, de l'autre côté de mon canton, un cabinet médical n'avait pas été pris en compte. Lors de déplacements en Lorraine, j'avais constaté que, sur 21 cabinets médicaux, 2 seulement étaient éligibles au zonage. On s'aperçoit donc que de vraies disparités existent, engendrant de réelles incompréhensions.

J'ai donc demandé de refaire ce travail pour le 1^{er} janvier car, en attendant, mesdames et messieurs les députés, le dispositif que vous aviez voté à l'unanimité pour mieux rémunérer les professionnels de santé dans ces zones sous-médicalisées n'est toujours pas appliqué. Depuis quasiment un an, ce système n'est toujours pas applicable parce que les partenaires conventionnels n'ont toujours pas inscrit ce sujet à l'ordre du jour des négociations conventionnelles ! Il y avait peut-être d'autres priorités, mais il me semblait pourtant que la démographie médicale était un sujet prioritaire. Je l'ai dit à mille reprises et je le redirai une mille et unième fois : il faut maintenant que l'assurance maladie et les syndicats de médecins se mettent au travail sur ce sujet pour donner vie à une mesure votée à l'unanimité par le Parlement.

La question n'est pas seulement financière, mais en donnant la possibilité à un médecin d'être mieux rémunéré – en faisant en sorte que ce soit l'assurance maladie qui paie, et pas le patient ni sa complémentaire –, on règle *ipso facto* la question du salaire du conjoint. En effet, être installé dans une zone sous-médicalisée ne facilite pas les choses pour le conjoint qui souhaite trouver un travail, à cause des frais de déplacement. Avec notre dispositif, cette question est réglée.

En outre, un médecin qui exerce dans un cabinet de groupe peut mieux répartir la charge de travail et gagner en quatre jours ce qu'il gagnerait normalement en cinq jours. Il peut également aspirer légitimement à une vie de famille,

bénéficier d'un aménagement des gardes avec ses confrères et prendre du temps pour l'évaluation des pratiques professionnelles et pour la formation médicale continue.

Je ne suis pas un rêveur. Après avoir examiné tous les systèmes, si nous donnons une chance à ce système, à l'incitation, nous progresserons.

Je le répète : je ne crois pas à la coercition, mais à l'incitation. Encore faut-il que tout le monde joue le jeu car c'est ainsi que nous relèverons le pari de la démographie médicale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

En ce qui concerne l'article lui-même, si le dossier était simple, cela se saurait et nous n'aurions pas à régler aujourd'hui, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le problème des professionnels exerçant avec un diplôme extracommunautaire. J'ai entendu à de multiples reprises que le Gouvernement – le ministre de la santé – ne tiendrait pas ses engagements et que jamais un texte ne serait présenté. Ce texte est bien présent, comme je l'avais indiqué, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pourquoi ? Parce qu'il a un impact financier. À partir du moment où ces professionnels pourront obtenir la plénitude d'exercice, soit ils pourront exercer ailleurs qu'à l'hôpital – c'est la règle du jeu –, soit ils pourront exercer des gardes qui seront rémunérées différemment, soit ils pourront ensuite continuer leur carrière à l'hôpital. Ces mesures ont bel et bien un impact. Mais il est de notre responsabilité de mettre fin à l'injustice que subissent ces professionnels et de les sortir de l'impasse.

Pour cela, il faut tout simplement valider leurs connaissances : les connaissances médicales et les connaissances du français. Il faut également en finir avec les stéréotypes. Si ces professionnels sont un peu moins bien payés pour les gardes, c'est parce qu'ils sont placés sous la responsabilité d'un praticien hospitalier dont la responsabilité est engagée en cas de problème. Des différences de salaire existent dans une fourchette variant de un à trois, mais il faut comparer ce qui est comparable. Aujourd'hui, un PUPH gagne plus qu'un PH, et un PH gagne plus qu'une personne faisant fonction d'interne. La vérité est là. Ceux qui ont prétendu que la situation était choquante ont eu, en fait, tendance à comparer ce qui n'est pas comparable et n'ont pas tout dit.

Que mettons-nous en place ? Un dispositif qui est différent de celui dont vous aviez eu connaissance, car il convient de regarder le texte qui vous est présenté après le passage en Conseil d'État. Après ce passage, il n'est plus fait référence de la même façon à de quelconques quotas. Un examen avec des quotas, cela s'appelle un concours.

Mme Jacqueline Fraysse. Certes !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Aujourd'hui, le dispositif n'est plus le même, la lecture et le travail du Conseil d'État l'ayant modifié.

Il y a d'autre part, aujourd'hui, une nouvelle procédure d'autorisation. J'ai décidé d'augmenter le nombre de places offertes à cette nouvelle procédure d'autorisation, d'environ 200 à un peu plus de 700, toutes spécialités confondues. Ce n'est pas suffisant, et c'est pourquoi il faut un examen dérogatoire. Cet examen dérogatoire n'aura rien de scolaire car les professionnels exercent déjà ; un certain nombre de dispositions doivent tout simplement être validées. J'ai passé du temps sur ce sujet, qui n'est pas simple, et la solution a vraiment été trouvée le jour où j'ai réuni tout le monde autour de la table – les organisations concernées, les syndicats de praticiens hospitaliers, les internes et le

conseil de l'Ordre – ce qui a permis une vision commune des problèmes. Ainsi, nous nous sommes mis d'accord et sur le dispositif, que vous allez voter, comme le souhaite le Gouvernement, et sur les modalités.

Nous aurons effectivement besoin de préciser les modalités, notamment pour les DIS. Il est évident que, dans la future procédure, le DIS en tant que tel va être valorisé, mais sans ouvrir une voie nouvellement dérogatoire qui créerait une différence ou une discrimination. N'oublions pas ce qui était prévu à l'origine avec le DIS : un engagement à retourner dans son pays. Le dispositif que nous mettons en place permet une réelle valorisation du DIS et ne crée pas de disparité entre les statuts. Je pourrais, dans la discussion, vous indiquer en toute transparence de quelle façon nous avons travaillé sur les arrêtés.

Ainsi, nous avons, enfin, les moyens d'une solution durable, mais attention : il faudra aussi que les directeurs d'établissements acceptent de tirer les conclusions du dispositif mis en place pour que nous n'ayons pas à y revenir dans quelques années. Car, si les établissements continuent à faire ce qui a été fait pendant quelques années, il faudra encore une fois, dans quatre ou cinq ans, y revenir. Or nous n'avons pas le droit de ramener les professionnels dans une impasse. Nous devons surtout faire prévaloir, sur ce sujet, une vision globale, mondiale.

On a longtemps investi dans les coopérations en matière de médicaments, et c'est très bien – l'initiative UNITAID du Président de la République est remarquable. On a également investi dans les coopérations avec les établissements : je songe au réseau ESTHER, que Bernard Kouchner préside avec un grand talent, et je rappelle que, début novembre, une conférence internationale réunira les pays qui en font partie. Mais il est temps, aujourd'hui, d'investir au niveau mondial dans les ressources humaines, car il faut aussi consacrer de l'argent à la formation des professionnels de santé dans les pays du Sud, notamment en Afrique, et cesser d'appauvrir certains pays en attirant chez nous leurs professionnels de santé.

M. Georges Colombier et M. Jean Leonetti. Très bien !

M. le ministre de la santé et des solidarités. Voilà pourquoi ce que nous mettons en place ici doit tenir compte d'une vision beaucoup plus globale. Voilà pourquoi le sujet ne devait pas être abordé dans un texte examiné avant l'été : il ne pouvait l'être que dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous savons qu'il est aujourd'hui urgent d'aider ces professionnels à sortir de l'impasse, et c'est pourquoi nous présentons un texte qui est à la fois équilibré et ambitieux. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

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

2

ÉNERGIE

Communication relative à la désignation d'une commission mixte paritaire

Mme la présidente. J'ai reçu de M. le Premier ministre une lettre m'informant qu'il avait décidé de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif au secteur de l'énergie.

3

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR PRIORITAIRE

Mme la présidente. M. le ministre délégué aux relations avec le Parlement m'a fait connaître que l'ordre du jour prioritaire du mardi 7 novembre était ainsi modifié :

La séance du matin sera consacrée à la discussion, sur le rapport de la CMP, du projet de loi relatif au secteur de l'énergie. Les discussions des missions « Sécurité, sécurité civile » et « Administration générale et territoriale de l'État » auront lieu l'après-midi et le soir.

4

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Ce soir, à vingt et une heures quarante-cinq, troisième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, n° 3362 :

Rapport, n° 3384, tomes I à V, de MM. Pierre-Louis Fagniez, Jean-Marie Rolland, Mme Marie-Françoise Clergeau et M. Denis Jacquat au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ;

Avis, n° 3388, de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du plan.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures trente.)

Le Directeur du service du compte rendu intégral de l'Assemblée nationale,
JEAN-PIERRE CARTON