

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 2854) (*M. Yves Bur, M. Jean-Pierre Door, Mme Bérengère Poletti, M. Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*)..... 2
- Amendements examinés par la commission (*cf compte rendu n° 04*)
- Présences en réunion..... 37

Mercredi
20 octobre 2010
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 06

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 20 octobre 2010

La séance est ouverte à neuf heures quarante.

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la commission)

La Commission des affaires sociales examine, sur le rapport de M. Yves Bur, M. Jean-Pierre Door, Mme Bérengère Poletti, M. Denis Jacquat, et Mme Marie-Françoise Clergeau le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Article additionnel après l'article 36 : *Modalités d'application du contrat d'engagement de service public souscrit par les étudiants en médecine et médecins*

Elle examine l'amendement AS 111 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. La loi dite « HPST » a prévu une allocation, jusqu'à la fin de leurs études, pour les étudiants ou médecins qui s'engagent à exercer dans les zones médicalement déficitaires. Cet amendement complète certaines lacunes concernant le remboursement de ces aides lorsqu'ils souhaitent se dégager de leurs obligations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi ne prévoyait rien pour la restitution des allocations perçues par l'étudiant qui abandonne. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 111.

Article additionnel après l'article 36 : *Information des patients atteints de maladie chronique*

Puis elle examine l'amendement AS 330 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Il s'agit de faire établir par la Haute Autorité de santé des recommandations de bonnes pratiques sur l'information des malades atteints de maladies chroniques – je pense en particulier aux cas où il faut choisir entre dialyse en machine ou dialyse péritonéale à domicile. Ces choix ont des implications humaines, physiologiques, sociales et économiques extrêmement importantes et ne doivent pas être affaire d'école.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est normal que la Haute Autorité établisse des références claires dans ce domaine.

La Commission adopte l'amendement AS 330.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 296 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Il s'agit de plafonner le dépassement d'honoraires médicaux à 15 % pour les actes techniques. C'est une préconisation du rapport de l'IGAS.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 296.

Puis elle examine l'amendement AS 177 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement, comme le suivant d'ailleurs, revient sur le problème récurrent de l'assurance des professionnels de santé, notamment chirurgiens et obstétriciens. Il a pour objet d'éviter le risque d'absence de garantie lorsque la couverture assurantielle est insuffisante, de couvrir les praticiens au-delà de dix ans après l'arrêt de l'activité et d'interdire l'action récursoire de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est un éternel chantier, et j'ai d'ailleurs déposé un amendement sur le sujet. Mais M. Gilles Johanet, spécialiste de la question, doit rendre un rapport dans les semaines qui viennent. Je propose d'attendre ses propositions. Le Gouvernement pourra les traduire en séance, à l'Assemblée la semaine prochaine ou au Sénat, ou en commission mixte paritaire. Nous aurons ainsi des règles précises.

M. Jean-Luc Prél. Pour obtenir une réponse du Gouvernement, rien de tel que de voter un amendement !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Dans ce cas, votez le mien, qui va plus loin.

La Commission rejette l'amendement AS 177.

Article additionnel après l'article 36 : Mise en cause de la responsabilité civile des sages-femmes

Elle est saisie en discussion commune des amendements AS 176 de M. Jean-Luc Prél et AS 476 du rapporteur.

M. Jean-Luc Prél. L'amendement AS 176 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le mien vise à étendre aux sages-femmes le bénéfice du dispositif de responsabilité civile professionnelle voté l'an dernier, qui permet la substitution de l'ONIAM au professionnel lorsqu'il a cessé son activité depuis plus de dix ans et que l'indemnité entraîne son insolvabilité. Cet amendement est indispensable au vu de l'article 40, relatif aux maisons de naissance.

La Commission rejette l'amendement AS 176 et adopte l'amendement AS 476 du rapporteur.

Après l'article 36

Elle examine ensuite les amendements AS 274, AS 272, AS 273 et AS 275 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Lors de la discussion de la loi dite « HPST », nous avons émis des réserves sur la rédaction de l'article relatif à l'éducation thérapeutique, qui exclut les contacts directs des laboratoires pharmaceutiques avec les patients, et demandé l'interdiction aussi des contacts indirects. Nous avons raison : cet été, dès la sortie des décrets d'application, les laboratoires se sont précipités auprès des collectivités territoriales et de

l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées, et probablement des autres régions. Un grand laboratoire spécialiste de l'asthme, par exemple, a immédiatement fait le siège de la mairie de Toulouse pour obtenir, par le biais des réseaux de pharmaciens, les noms de personnes habitant dans des lieux insalubres pour « détecter les conditions de déclenchement de l'asthme » et « faire de la prévention » – bref, toutes sortes de bonnes intentions très bien enrobées pour, au final, pouvoir entrer directement en contact avec les patients. J'ai alerté le nouveau directeur de l'agence régionale, qui va sans doute instituer un comité d'éthique sur la question. Le problème est réel. Il faut interdire les contacts indirects.

M. Elie Aboud. Nous en avons déjà parlé à propos notamment du diabète : avec le système des réseaux de santé et les pompes à domicile, l'industrie pharmaceutique a les coordonnées de tous les patients. C'est une question morale qu'il faut traiter.

M. Denis Jacquat. Lorsque j'ai fait mon rapport sur l'éducation thérapeutique, les industries pharmaceutiques m'ont assuré que, tout en étant associées à des actions d'éducation thérapeutique, elles respecteraient l'interdiction de contact direct. Ajouter le terme « indirect » dans la loi pose un problème de définition. J'ai pu constater, par ailleurs, que les documents établis dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, même lorsqu'ils mentionnent le nom d'un laboratoire, ne font pas de publicité pour un médicament spécifique.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous vous avons alertés sur la nécessité d'empêcher aussi les contacts indirects. Puisque les laboratoires pharmaceutiques acceptent le principe, ils ne devraient pas être froissés par cet amendement. Et compte tenu des pratiques dénoncées par Catherine Lemorton, il est essentiel, d'un point de vue éthique, que la loi soit précise.

M. Guy Lefrand. Mais ce que décrit Catherine Lemorton n'est qu'une tentative de contact direct, déjà interdit par la loi !

Mme Catherine Génisson. Il faut aller plus loin que ce qui est écrit aujourd'hui, pour empêcher des débordements inacceptables. Si le terme « *contact indirect* » pose problème, peut-être serait-il préférable de parler de contact « *direct ou non* ».

M. Denis Jacquat. Le contact direct est purement et simplement interdit et ce que décrit Catherine Lemorton me pose un grave problème. Demander une liste de patients ne doit pas se faire. Mais je voudrais comprendre : pourquoi aller demander une liste à des collectivités territoriales ? Elles ne fichent pas les patients !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi dite « HPST » prévoit déjà que les programmes ou actions d'éducation thérapeutique ne peuvent être ni élaborés, ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament ou des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic *in vitro*. Il en est de même pour les entreprises proposant des prestations en lien avec la santé.

Mme Catherine Lemorton. Nous ne sommes pas par principe contre l'industrie pharmaceutique, mais il ne faut pas être dupes : le volet de la loi dite « HPST » sur l'éducation thérapeutique a été écrit par elle. À Toulouse, ils ont pris les premiers contacts dès avril, pour être prêts à la sortie des décrets ! Bien sûr, aujourd'hui, ils n'ont pas encore enfreint la loi : ils vont voir les collectivités pour aider à la détection des habitations génératrices d'asthme, en passant par des réseaux de pharmaciens de la ville... Mais dans un an, ils parviendront à avoir des noms. C'est tellement problématique que l'agence régionale

de santé a déjà décidé, je le répète, d'aller vérifier s'ils n'allaient pas constituer des fichiers de patients.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La loi résume l'ensemble des cas et interdit clairement le contact avec les malades aux personnes responsables de la mise sur le marché des dispositifs, c'est-à-dire des pharmaciens et des professionnels de santé. C'est écrit noir sur blanc. Avis défavorable aux quatre amendements.

La Commission rejette successivement les amendements AS 272 à AS 275.

Article additionnel après l'article 36 : Organisation des activités de dialyse à domicile

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 470 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le développement de la dialyse péritonéale à domicile est une demande récurrente depuis plusieurs années. C'est possible, dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation. Le coût est moitié moindre que pour les patients des centres de dialyse, sans compter les économies de transports. Nous souhaitons l'encourager, lorsqu'elle est possible, dans l'intérêt du malade et en fonction de son état de santé.

M. Jean-Luc Prél. La dialyse à domicile existe déjà – la dialyse péritonéale, notamment, peut être une bonne solution – et de nombreux patients en bénéficient, dans les Pays-de-la-Loire par exemple. Pour la développer, il faut une volonté politique. Je ne vois pas comment écrire dans la loi qu'on « *organise le développement des activités de dialyse à domicile* » pourrait avoir des résultats concrets.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Si, en en faisant une mission des schémas régionaux d'organisation sanitaire élaborés par les agences régionales de santé.

Mme Marisol Touraine. Nous ne sommes nous non plus pas très sûrs de l'efficacité de cet amendement, mais nous n'avons pas de raison de ne pas le voter. Toutefois, nous regrettons que l'exposé sommaire ne porte que sur l'intérêt financier de la dialyse à domicile. La vraie question est de savoir si elle apporte un meilleur service à la personne. Lorsque la dialyse, pour des raisons médicales, ne peut pas avoir lieu à domicile, le fait que cela soit plus cher ne doit pas faire obstacle à ce qu'elle continue à être pratiquée à l'hôpital !

M. Fernand Siré. Dans ma circonscription, les patients se font dialyser à l'hôpital, à domicile ou dans le centre de dialyse du village, qui est l'extension d'une clinique. C'est un progrès. Mais les conditions de dialyse doivent être déterminées par le praticien, qui connaît bien son malade, en fonction de sa psychologie et son environnement. Les décisions ne doivent pas être prises pour des raisons d'économie, ou pour privilégier des entreprises privées de dialyse à domicile. Je regrette qu'on modifie la loi, alors que le système existant fonctionne bien.

M. Elie Aboud. L'hémodialyse et la dialyse péritonéale sont deux indications médicales complètement différentes. Il est vrai que la dialyse à domicile coûte moins cher, mais aucune considération financière ne peut déterminer quoi que ce soit dans la vie d'un insuffisant rénal. C'est une indication médicale, technique, prise sur la base de critères précis.

Mme Jacqueline Fraysse. La décision de dialyse à domicile est prise sur la base de l'état de santé du patient, mais aussi de son domicile et du fait qu'il comprenne plus ou moins bien le dispositif, selon son milieu social ou sa maîtrise de la langue. C'est donc une indication médicale, mais aussi médicosociale. Cela ne relève pas du domaine de la loi. J'ajoute que l'amendement met clairement en avant des préoccupations économiques, ce qui est inacceptable, et qu'il aboutira à favoriser des entreprises privées. Nous ne le voterons pas.

Mme Catherine Génisson. L'argument financier n'est effectivement pas acceptable. Il y a deux choses, outre le médical, à prendre en compte : l'environnement social du patient et son éducation thérapeutique.

Mme Michèle Delaunay. Nous leverions l'ambiguïté en parlant de développer la dialyse à domicile « en accord avec l'indication médicale et l'intérêt du patient ».

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Tout cela relève des alternatives à l'hospitalisation. Mon but est de mettre cette question à la charge des agences régionales de santé, par le biais des schémas d'organisation sanitaire. Il est clair que le confort et le bien-être du patient à domicile sont absolument indispensables. S'il est question de financement et d'économies, c'est pour que cet amendement puisse prendre place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Sinon, il faudra encore attendre un an, la prochaine loi de santé publique. Le taux moyen d'hémodialyse à domicile tourne autour de 8 à 10 %, mais il est déjà beaucoup plus élevé dans certaines régions comme la Franche-Comté. Il faut le faire progresser au niveau national.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est un moyen, pas complètement assuré, de faire passer cet amendement...

La Commission adopte l'amendement AS 470.

Après l'article 36

Puis elle examine les amendements identiques AS 181 de M. Guy Lefrand et AS 331 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Guy Lefrand. Il s'agit de développer l'ensemble, cette fois, des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. La loi dite « HPST » a donné aux directeurs des agences régionales de santé des pouvoirs importants en matière de schémas d'organisation sanitaire, tant hospitaliers qu'ambulatoires. À l'heure où les services d'hospitalisation à domicile ont du mal à remplir tous les lits autorisés, il est important de développer la prise en charge à domicile, pour des raisons financières certes, mais surtout pour le bien-être des patients.

M. Jean-Marie Rolland. Notre première préoccupation est le bien-être et l'autonomie des patients. Les écoles médicales ont une grande importance en France. Or, certaines préconisent quasi systématiquement la dialyse en centre, malgré des alternatives intéressantes du point de vue de l'intérêt du malade, comme de l'économie générale de la santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Votre exposé sommaire évoque le problème de l'insuffisance rénale chronique, mais nous venons de voter un amendement pour encourager la dialyse à domicile. Nous venons aussi de voter l'amendement de Jean-Marie Rolland qui étend les missions de la Haute

Autorité de santé dans la promotion des soins à domicile. Attendons d'en voir les résultats avant de faire de même pour les agences régionales. Avis défavorable.

Mme Martine Billard. D'abord, si vous voulez développer l'hospitalisation à domicile, il faudra arrêter de vouloir réduire les dépenses en matière d'infirmiers à domicile. Ensuite, je ne suis pas forcément d'accord avec cette volonté, qui peut être fondée sur celle de réduire les coûts ou sur l'utopie qu'on serait toujours mieux à domicile qu'à l'hôpital. Les personnes âgées sont les plus concernées, qui ont déjà des difficultés à trouver les aides-soignants nécessaires et qui n'ont pas forcément une famille qui s'assure que les conditions requises par la prise en charge à domicile sont remplies. Il me semble qu'on a aujourd'hui tendance à renvoyer très vite les gens chez eux, sans se préoccuper des moyens nécessaires.

Mme Marisol Touraine. Je n'ai rien contre affirmer que l'hôpital n'est pas la seule modalité de prise en charge possible, mais ces amendements n'auront pas d'autre effet. « *Veiller à développer les modes de prise en charge alternatifs* », cela ne représente aucune contrainte : qui peut affirmer qu'on n'y a pas veillé ? On est dans le registre des bonnes intentions.

M. Guy Lefrand. Les directeurs des agences régionales étant chargés de rédiger les schémas d'organisation sanitaire, notamment ambulatoires, il est important de valoriser les modes alternatifs. Et si nous ne parlons que de « *veiller* » à développer, c'est parce qu'ils doivent se déterminer en fonction des possibilités locales.

M. le président Pierre Méhaignerie. Faisons attention à ne pas être les instruments de l'excès de législation que nous dénonçons habituellement. C'est pour cette raison, et non sur le fond, que le rapporteur est défavorable à ces amendements.

La Commission rejette les amendements AS 181 et AS 331.

Article additionnel après l'article 36 : *Publicité des conventions entre les membres des professions médicales et les entreprises*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 239 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Il reprend un amendement qui avait été adopté par le Sénat dans le projet de loi de financement pour 2009, avant d'être rejeté en commission mixte paritaire. Il s'agit de renforcer la transparence de l'information en matière de santé en permettant au patient comme à n'importe quel citoyen de connaître l'existence de liens – rien de plus – entre les médecins et les entreprises hors du simple cadre de la communication publique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous évoquons souvent cette question – autrement dit, celle des conflits d'intérêt. S'agissant des professionnels de santé, il existe un comité de déontologie et d'éthique ainsi qu'un conseil de l'Ordre, qui reçoit les contrats. S'il fallait aller plus loin dans la publicité de ces contrats, ce serait sans doute à lui de le faire – ou sinon, quelle autre organisation ? Mais, comme l'amendement renvoie cette question au décret, je lui donne un avis favorable.

M. Gérard Bapt. J'avais demandé à chacun des présidents de laboratoires qu'avait reçus la commission d'enquête sur la grippe A(H1/N1) s'ils seraient opposés à publier tous les ans, comme cela se fait aux États-Unis, les conventions passées avec les professionnels de santé, dans le cadre d'activités de recherche ou pédagogiques. Tous avaient donné leur

accord. C'est la crédibilité de la parole publique qui est ici en jeu – et c'est un grand problème de santé publique : aujourd'hui, la suspicion de conflit d'intérêt plane sans arrêt. La semaine dernière encore, le commissaire européen à la santé a remis en question la crédibilité de l'Agence européenne de sécurité alimentaire à propos des bisphénols.

M. Yves Bur. La commission d'enquête sur la grippe A a, en effet, bien montré la nécessité de transparence pour mettre un terme à cette suspicion. Aux États-Unis, la plupart des laboratoires publient la liste des médecins et experts qui travaillent pour eux. C'est dans ce sens qu'il faut aller. Un certain nombre de laboratoires envisagent d'ailleurs de le faire sans aucune disposition législative.

Mme Jacqueline Fraysse. La commission d'enquête a, en effet, fait apparaître une suspicion extrêmement préoccupante de la population à l'égard des institutions et de la parole publique. Toute mesure allant dans le sens de la transparence doit être prise. Il faut donc adopter cet amendement, la question technique sera vite résolue s'il y a volonté politique.

La Commission adopte l'amendement AS 239.

Article additionnel après l'article 36 : Préparation de doses de médicaments administrés

Puis elle est saisie de l'amendement AS 159 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit d'améliorer la sécurité de la dispensation de médicaments, en particulier en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, où se posent de vrais problèmes. La préparation de doses de médicaments administrés constitue un vrai progrès, mais des décisions judiciaires contradictoires ont été rendues et il n'y a pas de jurisprudence établie. Il est donc nécessaire de préciser la question dans la loi, puisque le décret qui devait être pris n'est jamais sorti.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ce sujet revient tous les ans, et l'on attend toujours les décrets et circulaires.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement est extrêmement important. Il ne concerne pas que les établissements pour personnes âgées dépendantes, où tout cela reste assez contrôlé : en médecine de ville, on déconditionne les traitements de substitution aux opiacés pour donner sa dose chaque jour à un toxicomane. Cela se fait en dehors de tout cadre juridique, mais c'est tout de même obligatoire pour freiner les abus et l'économie souterraine...

La Commission adopte l'amendement AS 159.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 160 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il est complémentaire, à propos des personnes âgées dépendantes à domicile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Pourquoi un dispositif réservé aux personnes âgées ?

M. Jean-Luc Prél. Beaucoup de pharmaciens souhaitent être rémunérés pour la préparation des doses de médicaments administrés. La dispensation de médicaments en ville pose problème et cette disposition serait souhaitable pour les personnes âgées à domicile.

Mme Martine Billard. Le problème est réel : il y a beaucoup d'accidents dans la prise de médicaments des personnes seules, notamment âgées. Il faut trouver une solution. En revanche, les pharmaciens n'ont peut-être pas besoin d'être rémunérés pour cela...

M. Michel Heinrich. Il ne faut pas tout mélanger. D'un côté, les pharmaciens sont parfois obligés de déconditionner certains produits, notamment de substitution. De l'autre, ils pourront être amenés à constituer des piluliers hebdomadaires, ce qui modifie l'acte pharmaceutique en introduisant une prise de risque. Ne nous engageons pas trop vite : cela implique un débat avec les professionnels. Mais il ne serait pas choquant que les pharmaciens soient rémunérés pour cela, parce que cela prend un temps fou.

La Commission rejette l'amendement AS 160.

Article additionnel après l'article 36 : Information lors du dépôt d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique

Puis elle examine l'amendement AS 278 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Lorsqu'un laboratoire souhaite commercialiser sous forme générique un produit princeps tombé dans le domaine public, le laboratoire de référence est informé à trois reprises : par le demandeur, lors de la soumission du dossier ; par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), lors de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché du générique ; et enfin par le Comité économique des produits de santé (CEPS), lorsque celui-ci fixe un prix. C'est sans doute cette spécificité française, plus que le comportement des médecins et des pharmaciens, qui expliquent que l'on n'ait pas atteint les objectifs en matière de génériques.

Les perquisitions effectuées dans le cadre de l'enquête de la Commission européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique ont permis de révéler les manœuvres utilisées pour retarder l'entrée d'un générique sur le marché. L'objectif de cet amendement – ainsi que du suivant, AS 279 – est au contraire de réduire le délai de commercialisation de ces produits.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Votre proposition peut, en effet, permettre d'éviter les manœuvres des laboratoires destinées à retarder l'arrivée des génériques sur le marché. Avis favorable.

M. Élie Aboud. Aujourd'hui, 50 % des génériques sont mis sur le marché par les laboratoires ayant commercialisé la molécule originale, et cette proportion tend à augmenter. Dès lors, le problème ne se pose plus vraiment.

La Commission adopte l'amendement AS 278.

Après l'article 36

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 279.

Elle examine ensuite l'amendement AS 8 de M. Céleste Lett.

M. Céleste Lett. Cet amendement vise à permettre aux pharmaciens de confier la fabrication de piluliers à une entreprise ou un établissement pharmaceutique sous-traitant. Voilà dix ans qu'une telle disposition est à l'œuvre en Allemagne, où elle a permis des économies, en réduisant le nombre d'hospitalisations dues au non-respect des prescriptions par les patients – dont le coût est évalué à 3 milliards d'euros par an –, en retardant de cinq à six mois l'entrée en maison de retraite, et en réduisant l'écart entre prescriptions et facturations, qui représente en moyenne 0,30 euro dans les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes, soit un coût annuel de 60 millions d'euros.

Au-delà des inquiétudes qu'il peut susciter dans le monde de la pharmacie, c'est un excellent amendement puisqu'il entraînerait des économies.

M. Michel Heinrich. Il me paraît plutôt dangereux, parce qu'il dénature complètement l'acte pharmaceutique en transformant la pharmacie en simple boîte aux lettres. La prescription est transmise au laboratoire, qui conditionne les médicaments et les renvoie à la pharmacie. On ne sait même plus ce qu'il y a dans les boîtes !

Je comprends la motivation de Céleste Lett, dont la ville accueille une entreprise spécialisée dans le conditionnement sous blister...

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est légitime, si 300 emplois sont en jeu...

M. Michel Heinrich. En tout état de cause, le conseil de l'Ordre – qui, je l'ai vérifié, n'a pas été consulté – est foncièrement hostile à ce principe. Autant supprimer le pharmacien et permettre au patient de transmettre directement l'ordonnance à l'entreprise !

M. Jean Mallot. Je n'ai pas compris par quel mécanisme une telle disposition pouvait conduire à des économies.

M. Paul Jeanneteau. Je me pose la même question. Par ailleurs, il conviendrait de recueillir au préalable l'avis du conseil de l'Ordre des pharmaciens.

M. Guy Malherbe. Si le « forfait soins » n'a pas pu être installé comme prévu dans les EHPAD, c'est justement à cause du problème de la dispensation des médicaments, d'ailleurs pointé par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. L'expérimentation du forfait a montré que ce mécanisme ne fonctionnait pas.

M. Fernand Siré. Cette façon de conditionner les médicaments me paraît en contradiction avec la nécessité pour un médecin de moduler les traitements. Ainsi, dans les maisons de retraite où la prescription est renouvelée presque automatiquement, on en vient à donner des diurétiques à des personnes déshydratées. Un traitement médical doit être personnalisé ; il est dangereux de le programmer sur deux ou trois mois.

M. Céleste Lett. Tout d'abord, il n'existe pas encore d'entreprise de ce type dans ma circonscription. En revanche, on en trouve une en Allemagne, qui conditionne de cette façon depuis dix ans. La chaîne fonctionne parfaitement : le médecin fait une prescription qui est présentée au pharmacien, puis ce dernier la transmet à l'entreprise pour qu'elle conditionne les médicaments selon sa demande, avant de les livrer au patient par l'intermédiaire de la pharmacie.

Quant aux économies générées, elles sont de trois ordres : le nombre d'hospitalisations liées à une mauvaise prise de médicaments est réduit, la prescription et la facturation deviennent identiques – alors qu'aujourd'hui, une partie des médicaments achetés n'est pas consommée –, et l'admission en établissement est retardée.

Je suis persuadé que nous parviendrons à dépasser les corporatismes et à adopter cette disposition qui relève de l'intérêt général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Selon moi, il est trop tôt pour le faire : ce dossier technique mérite un examen approfondi. Il convient notamment de consulter les pharmaciens et l'AFSSAPS, à cause des problèmes de sécurité pouvant se poser, et de vérifier si une telle disposition est de nature réglementaire ou législative.

Je demande donc le retrait de l'amendement, faute de quoi je donnerais un avis défavorable.

M. Céleste Lett. À une certaine époque, on me répondait que ce dossier relevait du domaine réglementaire. Mais il est examiné par le ministère depuis déjà un moment. Cela étant, je veux bien admettre qu'une consultation du conseil de l'Ordre des pharmaciens et de l'AFSSAPS pourrait être nécessaire.

La Commission rejette l'amendement AS 8.

Article additionnel après l'article 36 : Règles d'application des quotas en cas de regroupement d'officines pharmaceutiques

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, des amendements AS 471 rectifié du rapporteur et AS 103 de M. Guy Malherbe.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement tend à clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : pour l'application du « gel » des licences, une erreur a conduit à prendre en compte non seulement les licences libérées, mais aussi la licence de la pharmacie issue du regroupement.

L'amendement AS 103 est retiré.

La Commission adopte l'amendement AS 471 rectifié.

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 270 de Mme Catherine Lemorton.

M. Michel Liebgott. Pour réduire les coûts et dans l'intérêt des malades, il convient de lutter contre les stratégies de contournement de prescription des génériques dont usent médecins et pharmaciens sous la pression des laboratoires. L'amendement prévoit que l'AFSSAPS et l'Assurance maladie définissent un répertoire des équivalents thérapeutiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'idée est bonne, mais la proposition est trop ambitieuse et le délai

fixé irréaliste. En outre, la publication des stratégies thérapeutiques les plus efficaces fait déjà partie des missions de la Haute Autorité de santé.

La Commission rejette l'amendement AS 270.

Article additionnel après l'article 36 : Incitations à la prescription de génériques

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 465 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Il s'agit de favoriser la diffusion et le suivi des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé. À cette fin, l'amendement rend obligatoire l'intégration de ces informations dans des logiciels certifiés d'aide à la prescription. La convention médicale pourra instituer un dispositif d'aide à l'acquisition de ces logiciels.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 465.

Article additionnel après l'article 36 : Renforcement de l'information des patients sur les sites informatiques non certifiés

Elle examine ensuite l'amendement AS 269 de M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Cet amendement reprend une des préconisations du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les médicaments. La Haute Autorité de santé, qui est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé, devrait également veiller à ce que les sites non certifiés fassent figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en matière de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. La certification des sites, déjà élaborée sous l'égide de la Haute Autorité, est la démarche la plus adéquate pour améliorer les pratiques.

Mme Catherine Lemorton. Lors de la discussion de la loi dite « HPST », Mme Bachelot avait accepté un de nos amendements prévoyant la présence d'hyperliens vers des sites institutionnels sur la page d'accueil des sites certifiés HON, c'est-à-dire « *Health on Net* ». Pourtant, il apparaît injuste de faire peser cette obligation sur des sites qui ont justement joué le jeu. Nous avons donc présenté dans le projet de loi de finances un amendement concernant cette fois les sites non certifiés, mais il a été refusé.

Des millions de nos concitoyens vont chercher des informations médicales sur des sites dont on ne connaît pas les auteurs – quand ces derniers ne sont pas des industriels du médicament ou des sectes opposées à la vaccination. Il convient de prévoir, sur la page d'accueil de ces sites « électrons libres », des liens vers les sites officiels, où l'information est vérifiée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je le répète, la certification des sites relève déjà de la Haute Autorité. Mais, il paraît délicat de recenser tous les sites médicaux que compte la toile.

La Commission adopte l'amendement AS 269.

Article additionnel après l'article 36 : *Possibilité de prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance dans la convention médicale*

Puis elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS 466 de M. Yves Bur, AS 469 du rapporteur et AS 171 de M. Jean-Luc Prél.

M. Yves Bur. L'amendement AS 466 poursuit un double objectif : intégrer les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) dans le champ conventionnel, et renforcer l'information du Parlement sur l'exigence des objectifs fixés aux praticiens et sur les économies réalisées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je souhaite également que les dispositions contenues dans le CAPI soient reprises dans la convention médicale et que l'on puisse prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance. Toutefois, je préfère mon amendement à celui de Yves Bur.

M. Yves Bur. L'information du Parlement me paraît pourtant essentielle.

M. Jean-Luc Prél. La rémunération du médecin doit être diversifiée, et il est en effet souhaitable qu'elle soit en partie liée à la performance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je vous invite à cosigner mon amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 469.

En conséquence, les amendements AS 466 et AS 171 deviennent sans objet.

Après l'article 36

La Commission en vient ensuite à l'amendement AS 235 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Les dépassements d'honoraires sont une plaie de notre système de santé public. Nous souhaitons donc que les médecins qui les pratiquent effectuent au minimum 50 % de leur activité dans le secteur conventionné. Une telle mesure serait particulièrement utile dans certaines régions défavorisées où les patients n'ont pas vraiment la possibilité de choisir.

On attend beaucoup du secteur optionnel, mais il est peu vraisemblable que celui-ci suffise à régler le problème. Cet amendement propose donc une mesure concrète à même de moraliser les actes médicaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le secteur optionnel constitue la meilleure réponse au problème des dépassements d'honoraires. La proposition a été signée par tous les partenaires et il convient donc de leur laisser le temps de le mettre en place. S'ils n'y parviennent pas dans les délais prévus, il nous appartiendra de reprendre l'initiative.

M. Jean Bardet. Une telle disposition existe déjà concernant les praticiens hospitaliers disposant d'une clientèle privée. Il me paraîtrait juste de l'appliquer également aux médecins libéraux.

Mme Marisol Touraine. Le secteur 2 existe depuis 1980, mais l'inflation des dépassements d'honoraires ne pose un problème que depuis une quinzaine d'années. Tout le monde reconnaît qu'ils représentent un obstacle important à l'accès aux soins, mais aucune solution n'est présentée.

Le secteur optionnel n'est pas la solution : il permet seulement de contractualiser la manière dont les médecins effectuent les dépassements, sans leur fixer une limite.

On peut discuter des seuils et du mécanisme. Mais, alors que le nombre de personnes renonçant à se faire soigner augmente, et dans la mesure où, dans certains secteurs, il est impossible de trouver un spécialiste au tarif opposable, nous ne pouvons continuer à laisser perdurer cette pratique qui concerne toutes les parties du territoire. Ce serait encourager la dérive des dépenses de santé et le transfert du financement des soins vers les assurances complémentaires.

M. Jean-Luc Prével. Les dépassements d'honoraires sont, en effet, un sujet majeur. On insiste beaucoup sur l'accès de tous à des soins de qualité, mais il est important d'ajouter : « à un tarif opposable ». Il paraît donc souhaitable d'instaurer dans chaque région une forme de quota d'accès au tarif conventionnel.

Il est vrai que l'année dernière, un accord a été obtenu entre les professionnels de santé, la CNAMTS et les assurances complémentaires pour prendre en charge le secteur optionnel. Malheureusement celui-ci ne résout pas tout, d'autant qu'il est réservé aux plateaux techniques. En outre, le ministère ne l'a toujours pas validé. On ne sait même pas s'il y est favorable.

M. Jean Bardet. En complément de mes propos précédents, j'ajoute qu'il est scandaleux de payer 22 euros une consultation de généraliste.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je continue à penser que l'amendement vient trop tôt. Je préférerais demander à la ministre l'engagement de mettre en fonction le secteur optionnel. C'est elle qui a les cartes en main.

La Commission rejette l'amendement AS 235.

L'amendement AS 169 de M. Jean-Luc Prével est retiré.

La Commission est saisie, en discussion commune, des amendements AS 268 de Mme Catherine Lemorton et AS 299 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Catherine Lemorton. Pour déterminer si une molécule est susceptible d'apporter une amélioration à la santé de la population, encore faut-il pouvoir la comparer avec les médicaments déjà disponibles pour lutter contre une pathologie donnée. Or, aujourd'hui, la comparaison n'est effectuée que contre un placebo. Dans la mesure où l'appréciation du service médical rendu détermine le prix du médicament et le taux de remboursement, il convient de s'assurer que seules de réelles innovations sont mises sur le marché.

Mme Jacqueline Fraysse. La méthode actuelle paraît en effet peu scientifique : il faut comparer les nouvelles molécules aux médicaments déjà existants.

M. Élie Aboud. Sur le plan technique, vous avez raison. Mais il convient d'éviter qu'une telle comparaison ne donne l'occasion à un gros laboratoire de s'emparer d'une molécule potentiellement porteuse d'un meilleur service médical rendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Tous les responsables que nous avons consultés nous ont dit que l'essai contre comparateurs serait difficile à imposer de manière systématique. Avis défavorable.

Mme Michèle Delaunay. Je ne comprends pas cette réponse : tous les essais cliniques de phase III opèrent une comparaison avec ce qui est déjà disponible.

M. Élie Aboud. Mais nous parlons de la phase IV !

La Commission rejette successivement les amendements AS 268 et AS 299.

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 271 de Mme Catherine Lemorton.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 125 de M. Jean-Luc Prél, AS 276 de Mme Catherine Lemorton et AS 309 de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Luc Prél. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) prend des décisions très importantes : il fixe notamment le prix des médicaments, ce qui a des conséquences sur le budget des établissements de santé. Cet amendement a donc pour but de renforcer le contrôle démocratique des travaux de cette instance en prévoyant la présence de parlementaires et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées.

Mme Jacqueline Fraysse. Notre amendement a le même objet.

Mme Catherine Lemorton. Dans la mesure où le CEPS fixe le prix des médicaments, il serait en effet naturel que les parlementaires, qui votent le budget de l'assurance maladie, y soient représentés. C'est une question de transparence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable, car la composition du Comité est fixée par décret. En outre, notre rôle est de voter la loi, pas de prendre des décisions d'ordre réglementaire. Enfin, beaucoup de monde siège déjà dans cet organisme – directeur de la sécurité sociale, directeurs généraux d'administrations, représentants des organismes d'assurance maladie, etc. –, sans compter le représentant du ministre, qui dispose d'une voix consultative. C'est un organe technique et non politique.

La Commission rejette les amendements AS 125, AS 276 et AS 309.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 157 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il s'agit de développer la chirurgie ambulatoire en cabinet libéral. En particulier, le traitement de la cataracte peut être réalisé en toute sécurité après anesthésie locale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il n'appartient pas à l'Union nationale des caisses d'assurance

maladie d'autoriser les modes de prise en charge. C'est à la Haute Autorité de santé de se saisir du problème.

M. Jean-Luc Prével. Cela se pratique dans tous les pays, sauf le nôtre !

La Commission rejette l'amendement AS 157.

Article additionnel après l'article 36 : *Possibilité d'inclure dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé un dispositif de rémunération à la performance*

Elle examine ensuite l'amendement AS 468 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il vise à ce que les dispositions du contrat d'amélioration des pratiques individuelles puissent être négociées entre l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé.

La Commission adopte l'amendement AS 468.

Article additionnel après l'article 36 : *Encadrement de la délivrance de produits et prestations*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 112 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. L'objet de cet amendement est d'obliger les personnes qui délivrent des dispositifs médicaux à dispenser systématiquement le conditionnement à la fois conforme à la prescription et le plus économique pour l'assurance maladie.

Il interdit par ailleurs la délivrance en une seule fois lorsque la prescription est effectuée pour un traitement de plusieurs mois. L'ordonnance d'un traitement pour six mois serait ainsi délivrée mois par mois, afin d'éviter les gaspillages et de garantir le suivi médical.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement étend aux dispositifs médicaux une mesure existant déjà pour les médicaments. Il va dans le sens de la maîtrise médicalisée. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 112.

Après l'article 36

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 298 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Compte tenu de la charge financière assumée par les patients, notamment dans les domaines de la dentisterie et l'optique, il nous paraît utile que des représentants des usagers puissent participer aux négociations de la convention médicale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Ces négociations sont suffisamment compliquées pour qu'on n'y ajoute pas un acteur de plus. Les usagers sont déjà représentés par les conseillers des caisses d'assurance maladie.

La Commission rejette l'amendement AS 298.

Elle examine ensuite l'amendement AS 260 de Mme Marisol Touraine.

Mme Michèle Delaunay. Il s'agit de proposer une nouvelle modalité d'affectation de la ressource de transport qui permettrait d'améliorer la qualité du service en tenant compte des spécificités du territoire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Les transports en ambulance relèvent du schéma régional d'organisation des soins, et donc du directeur de l'agence régionale de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 260.

Article additionnel après l'article 36 : Rapport du Gouvernement au Parlement sur les équilibres à moyen terme du budget du Fonds CMU

Puis, après avis favorable du rapporteur, elle adopte l'amendement AS 477 de M. Yves Bur.

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 158 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit à nouveau d'autoriser les opérations de la cataracte en cabinet libéral. Nous sommes le seul pays à ne pas le faire. Ce serait pourtant un vrai progrès, d'autant que cela permettrait des économies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Il importe de connaître l'avis de la Haute Autorité de santé avant d'adopter le moindre amendement sur cette question.

M. Yves Bur. Qu'attend-elle pour le donner ?

Mme Dominique Orliac. La rédaction de l'amendement me laisse insatisfaite : un collyre anesthésique n'est jamais « simple » du fait qu'il peut provoquer un choc anaphylactique.

De plus, l'exposé des motifs précise que « cet amendement a pour objet de réaliser des interventions », ce qui est pour le moins maladroit.

Vous dites, par ailleurs, que « le patient y gagne : il reste environ deux heures au cabinet et retourne chez lui ». Mais c'est déjà le cas en ambulatoire...

Quant à l'assurance maladie, elle remboursera « sur une base de 275 euros correspondant aux honoraires » : comment seront pris en charge l'implant, le produit viscoélastique, la stérilisation, l'aide opératoire ? Ne croyez-vous pas, enfin, que cette base favorisera les dépassements honoraires ?

Je suis opposée à cet amendement.

La Commission rejette l'amendement AS 158.

Puis elle examine l'amendement AS 137 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Une restructuration des soins de ville est nécessaire notamment par la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Il est donc logique que le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés bénéficie également à la médecine de ville.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je ne suis pas opposé à la philosophie de cet amendement. Le président Méhaignerie avait du reste, au cours de l'examen de la loi dite « HPST », demandé au Gouvernement de travailler à un mécanisme de fongibilité des enveloppes.

Toutefois, Mme Bachelot a annoncé devant notre commission qu'elle ferait une proposition en séance publique visant à rendre fongibles des enveloppes régionales. Je souhaite donc le retrait de l'amendement dans l'attente de la séance publique. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. Jean-Luc Prél. J'ai déposé des amendements sur la fongibilité et la création d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie, auxquels on a opposé l'article 89 de notre Règlement. J'aimerais savoir pourquoi...

M. le président Pierre Méhaignerie. Le dossier mérite d'être abordé, mais il s'agit d'une disposition organique qu'on ne saurait modifier en loi de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette l'amendement AS 137.

Article additionnel après l'article 36 : Extension du mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalières en ville

Puis elle examine l'amendement AS 460 du rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'amendement vise à étendre le mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalières en ville à l'ensemble des établissements de santé : cela concernera donc à la fois les hôpitaux publics et les établissements de santé privés.

Cet amendement vise également à étendre à la liste des produits et prestations ce mécanisme de régulation.

La Commission adopte l'amendement AS 460.

Article additionnel après l'article 36 : Accès au traitement de substitution nicotinique

Puis elle examine l'amendement AS 450 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à faciliter l'accès aux traitements de substitution nicotinique, notamment en vue de permettre leur remboursement à 100 % pour les femmes enceintes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je ne puis être que favorable à une telle disposition.

La Commission adopte l'amendement AS 450.

Après l'article 36

La Commission examine ensuite l'amendement AS 281 de Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Le Plan cancer prévoit d'« améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV (prévention du cancer du col utérin) des jeunes filles de 14 ans ». Actuellement, deux laboratoires fournissent le vaccin à des prix élevés. Cet amendement vise à les réévaluer à la baisse du fait que le volume de vaccins prescrit est désormais important.

Il convient en effet de s'assurer que le prix du vaccin n'empêche pas des jeunes filles dont les parents ne bénéficient pas de complémentaire santé d'y accéder.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est le Comité économique des produits de santé qui fixe les prix, sous la tutelle du ministre de la santé. Il appartient donc à celui-ci de baisser les prix s'il le souhaite.

Présentez votre proposition à Mme Bachelot dans le cadre de la discussion générale.

Mme Michèle Delaunay. Je retire mon amendement.

L'amendement AS 281 est retiré.

Article additionnel après l'article 36 : *Rapport annuel sur l'application des franchises médicales*

La Commission examine ensuite l'amendement AS 230 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carillon-Couvreur. Cet amendement vise à améliorer l'information du Parlement sur les conséquences de l'application de la mesure instaurant des franchises médicales.

Le rapport d'évaluation est actuellement rendu en décembre : nous proposons qu'il le soit avant le 30 septembre afin de donner au Parlement le temps de faire des propositions éclairées.

Du reste, des enquêtes confirment aujourd'hui le renoncement à l'accès aux soins des personnes les plus fragiles sur le plan économique. Les rapports d'activité ne pourront que confirmer l'aggravation de la tendance. Il convient d'améliorer la situation car c'est un sujet aussi important que la couverture maladie universelle.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le rapport qui a été rendu sur l'accès aux soins mérite d'être relativisé du fait qu'il porte non pas sur les soins médicaux mais sur les soins dentaires et ophtalmologiques. Il ne faut pas tomber dans un pessimisme excessif. Notre système permet le remboursement collectif le plus important d'Europe.

Mme Catherine Lemorton. C'est faux !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est trop facile de créer dans le pays le pessimisme permanent. Comparer les systèmes de santé nous incitera à garder la modération. En revanche, ciblons les efforts à fournir.

M. Patrick Roy. Trop souvent la Commission affirme – c'est presque un réflexe – que les problèmes des Français en matière d'accès aux soins sont mineurs. C'est faux. Ces problèmes sont réels, qu'il s'agisse de l'accès aux soins dentaires ou aux soins médicaux élémentaires.

Je suis le maire de la ville la plus pauvre de France, un titre dont je me passerais bien : mois après mois, je ne cesse de rencontrer des personnes qui ne peuvent plus se soigner. Ces mêmes personnes me demandent comment Paris prend en compte leur situation : je n'oserai leur apporter votre réponse, monsieur le président, car ils monteraient ici pour faire un scandale, et ils auraient raison.

M. Dominique Dord. Monsieur Roy, ne caricaturez pas les propos du président Méhaignerie. Il a rappelé que le rapport sur l'accès aux soins concernait principalement les soins dentaires et ophtalmologiques. De plus, loin de prétendre que tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes, il a fait appel à notre esprit de responsabilité en rappelant les mérites du système français par rapport aux systèmes européens. Il n'y a donc rien, dans ses propos, qui puissent heurter vos électeurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le Gouvernement présente chaque année un rapport sur les franchises médicales. Nous venons de recevoir le dernier.

Souhaitant comme vous l'obtenir le plus tôt possible, j'émetts un avis favorable à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 230.

Après l'article 36

Elle examine ensuite l'amendement AS 139 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. La mise en œuvre du secteur optionnel, à la suite de l'accord de janvier dernier, est conditionnée par la conclusion d'un avenant au règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, laquelle a été mise entre parenthèses. L'objet du présent amendement est de fixer un délai pour la conclusion de ces négociations.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous sommes nombreux à être partisans d'une mise en œuvre rapide du secteur optionnel.

Toutefois, je suis défavorable à la date proposée par l'amendement, qui n'est pas réaliste.

Demandons à Mme la ministre l'engagement qu'elle prendra en faveur du secteur optionnel.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement ne renvoie pas à la convention mais au règlement arbitral : la disposition pourrait donc être appliquée rapidement.

La Commission rejette l'amendement AS 139.

Article 37 : *Extension du champ des mises sous accord préalable aux transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation*

La Commission est saisie de quatre amendements identiques, AS 129 de M. Jean-Luc Prével, AS 187 de M. Guy Lefrand, AS 245 de Mme Marisol Touraine et AS 300 de Mme Jacqueline Fraysse, tendant à supprimer l'article 37.

M. Jean-Luc Prével. L'article 37 vise à introduire une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO – Médecine chirurgie obstétrique – vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SRR). Cette mesure me paraît déraisonnable car elle déséquilibrerait le fonctionnement de l'ensemble de la filière de soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. J'émet un avis défavorable aux quatre amendements du fait que la Haute autorité de santé a émis dès 2006 des recommandations visant à définir les cas dans lesquels la réadaptation est réalisable en ville ou en établissement. La mise sous entente préalable me paraît nécessaire dans le cadre d'une maîtrise médicalisée.

M. Guy Lefrand. Les centres de soins de santé et de réadaptation sont déjà soumis à de multiples obligations, notamment à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information, à des contrôles d'adéquation ainsi qu'à de nombreuses sujétions réglementaires. Or la dernière coupe transversale a montré que seuls 1,5 % à 2 % des patients n'avaient pas leur place dans les centres de SSR.

Convient-il enfin de rappeler que les indicateurs de qualité donnent des résultats tout à fait satisfaisants ?

Ne rajoutons pas des procédures administratives, d'autant qu'elles risquent d'augmenter le coût des transports sanitaires si les centres de SSR voient diminuer le nombre de leurs patients.

Mme Michèle Delaunay. Nous ne comprenons pas l'argumentation du rapporteur puisque la Haute Autorité de santé a défini les conditions dans lesquelles les soins de suite peuvent être pratiqués en cabinet de ville. Le fait que nous soyons d'accord de part et d'autre de la Commission va dans le sens de la suppression de l'article 37.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage les arguments de mes collègues sur le sujet.

M. Pierre Morange. Notre rapporteur a raison de rappeler la pertinence de la Haute autorité de santé. Il est légitime que l'assurance maladie s'inscrive dans la même logique.

C'est la raison pour laquelle je suis opposé à la suppression de l'article 37.

M. Yves Bur. Il convient de s'interroger sur la mise sous entente préalable des séjours SSR car cette obligation nuira à la fluidité du dispositif.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet article vise les 4 à 6 % de surprescripteurs.

M. Jean-Luc Prével. Ils ne sont que 1,5 % !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cette mise sous entente préalable ne saurait être nuisible dans le cadre d'une maîtrise médicalisée du parcours de soins.

Mme Jacqueline Fraysse. Le dispositif retardera la prise en charge des patients. Convient-il d'instaurer une règle générale alourdissant le parcours des soins, alors que les patients concernés représentent 1,5 % de la masse ? Il vaudrait mieux repérer *a posteriori* les cas de dysfonctionnement et prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

La Commission adopte les amendements AS 129, AS 187, AS 245 et AS 300.

En conséquence, l'article 37 est supprimé et les amendements AS 131 de M. Jean-Luc Prével, AS 58 de M. Dominique Tian, AS 130 de M. Jean-Luc Prével, AS 337 de M. Jean-Marie Rolland, AS 370 de M. Yves Bur, AS 429 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, AS 132 et AS 143 de M. Jean-Luc Prével deviennent sans objet.

Article additionnel après l'article 37 : *Statut conventionnel des professionnels libéraux coopérant avec les établissements sanitaires et médico-sociaux*

Elle examine tout d'abord l'amendement AS 373 de M. Yves Bur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je suis favorable à l'amendement.

Il convient toutefois de connaître les seuils de prise en charge par les assurances, que ce soit dans le cadre libéral ou dans le cadre salarial.

La Commission adopte l'amendement AS 373.

Après l'article 37

Puis elle examine les amendements identiques AS 145 de M. Jean-Luc Prével et AS 93 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. Nous proposons que le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation tienne compte de la durée moyenne du séjour.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Des travaux, actuellement en cours, permettront de prendre en compte la très grande diversité des prises en charge. Il est donc prématuré de traiter le sujet dans le cadre de ces amendements.

La Commission rejette les amendements AS 145 et AS 93.

Elle examine ensuite l'amendement AS 371 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement vise à proposer une définition juridique claire des traitements et cures ambulatoires au plan national, avec des règles de facturation précises en vue de mettre un terme à un problème d'équité interrégionale, et de concrétiser une avancée précieuse du chantier de la tarification à l'activité en SSR.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le dispositif sera opératoire en 2012. L'amendement est donc superfétatoire.

La Commission rejette l'amendement AS 371.

Article 38 : *Report du passage à la facturation directe dans les établissements publics de santé*

La Commission examine deux amendements identiques, AS 71 de M. Dominique Tian et AS 135 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de transmettre au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un bilan sur l'expérimentation résultant de la procédure de facturation dérogatoire prévue pour les établissements anciennement financés par dotation globale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Un tel bilan me paraît nécessaire. Avis favorable.

La Commission adopte les amendements AS 71 et AS 135.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Article 39 : *Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 78 de M. Dominique Tian.

Elle adopte ensuite l'article 39 sans modification.

Article additionnel après l'article 39 : *Responsabilité civile des médecins libéraux*

La Commission examine l'amendement AS 473 du rapporteur, portant article additionnel après l'article 39.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Depuis plusieurs années les médecins libéraux exerçant des spécialités officiellement reconnues « à risque » – obstétrique, anesthésie ou chirurgie – interpellent les pouvoirs publics sur le risque que constitue pour eux l'engagement de leur responsabilité civile en cas d'accident médical.

Pour apporter une solution définitive au problème, cet amendement propose de faire intervenir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux.

Je tiens à rappeler que Mme la ministre de la santé s'est engagée à apporter une réponse à cette question.

M. Jean-Luc Prével. Je tiens à cosigner cet amendement, que je considère comme « de repli » par rapport à celui que j'ai présenté et qui n'a pas été accepté.

La Commission adopte l'amendement AS 473.

Article 40 : *Expérimentation des maisons de naissance*

La Commission examine quatre amendements identiques, AS 301 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 186 de M. Guy Lefrand, AS 136 de M. Jean-Luc Prével et AS 80 de M. Dominique Tian, tendant à supprimer l'article.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 40 nous préoccupe sur le plan de la démarche et du point de vue de la sécurité.

En ce qui concerne la démarche, l'article est flou sur le statut, l'organisation, les conditions d'implantation et le financement des maisons de naissance.

Dérogatoire au droit commun, il donne un chèque en blanc au ministre qui prendra ses décisions « en fonction de l'intérêt et de la qualité du projet » sans que nous connaissions les critères de son choix.

C'est de plus par décret que seront fixées la prise en charge par la sécurité sociale des rémunérations des professionnels, les conditions spécifiques de fonctionnement ou les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

L'article pose par ailleurs un problème majeur de sécurité. S'il convient en effet de ne pas surmédicaliser l'acte physiologique qu'est l'accouchement, il ne faut pas pour autant oublier les accidents toujours possibles, comme les hémorragies de la délivrance qui peuvent tuer en quelques minutes.

Alors que le Gouvernement a fermé des maternités de proximité en prétextant qu'elles étaient dangereuses – il aurait pu les mettre à niveau –, il souhaite l'ouverture de maisons de naissance dans lesquelles la sécurité ne sera pas assurée.

Dans son état actuel, cet article doit être supprimé.

M. Pierre Morange. Bravo !

M. Guy Lefrand. Mes arguments rejoignent ceux de Jacqueline Fraysse.

L'article 40 instaure un OVNI juridique quelque peu surprenant : en effet, alors que nous avons fermé de nombreuses maternités – nous assumons ce choix –, il nous propose la création d'ersatz de structures destinées à pratiquer des accouchements considérés comme normaux avant même qu'ils aient eu lieu, ce qu'il est difficile de valider.

Depuis des années nous travaillons sur la sécurité de la mère et de l'enfant : alors que nous avons instauré des normes très précises en la matière, le texte nous propose de revenir en arrière. Je ne suis pas certain que les résultats de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelles et fœtales nous autorisent à prendre des risques supplémentaires.

De plus, l'article 40 déroge à la loi dite « HPST » sur le rôle des directeurs d'agences régionales de santé ainsi qu'aux règles financières.

Ces maisons de naissance, qui ne seront pas des établissements de santé, auront toutefois droit aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation. Par ailleurs, elles devront travailler seules tout en étant adossées à un établissement de santé : j'ai, je vous l'avoue, d'autant plus de mal à suivre le dispositif que le gain financier s'élèvera au maximum à 350 000 euros par an, chiffre que le premier accident maternel fera exploser.

Ces « maternités bobo » nous paraissent un OVNI juridique et une aberration médicale. Elles sont d'une grande inutilité financière. Sur le plan scientifique, le rapport bénéfices-risques nous semble particulièrement défavorable.

M. Jean-Luc Prével. Si jamais l'article 40 n'est pas supprimé, je défendrai un amendement visant à prévoir que ces maisons ne seront autorisées à fonctionner que si elles réalisent plus de 300 accouchements dans l'année.

M. Dominique Tian. Mon amendement est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Certaines femmes souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé. Cette disposition n'est pas le fruit de l'improvisation puisqu'une mission sur le sujet a été créée par M. Douste-Blazy en 2003 et qu'elle a été reprise dans le plan périnatalité 2005-2007. De plus, le cahier des charges a été établi.

Je ne suis évidemment pas indifférent à vos arguments sur un éventuel retour en arrière. C'est la raison pour laquelle je présenterai deux amendements : l'un vise à prévoir que les maisons de naissance seront conventionnées avec un établissement attenant, l'autre qu'elles ne pourront accueillir que des grossesses sans risques.

M. le président Pierre Méhaignerie. Sur un tel sujet, il me semble important de ne pas tomber dans la caricature.

Mme Marisol Touraine. Si nous n'avons pas déposé d'amendement de suppression, c'est que nous avons l'intention d'exprimer nos inquiétudes et nos réserves.

J'observe que de nombreuses femmes souhaitent accoucher dans des conditions différentes de celles qui sont aujourd'hui proposées par les structures hospitalières.

M. Jean Bardet. Dans des piscines ?

Mme Marisol Touraine. Vous pouvez caricaturer, mais avant de vous moquer de ces femmes comme si elles n'avaient rien compris, il conviendrait de tenir des propos moins définitifs !

Je suis favorable, pour ma part, à ce que ces accouchements se produisent à l'hôpital, dans des structures garantissant un plateau technique. Or l'article 40 n'apporte aucune garantie sur la définition des maisons de naissance.

Alors que nous avons accepté la fermeture d'un grand nombre de maternités de proximité pour des raisons de sécurité, nous devons au minimum exiger que l'expérimentation des maisons de naissance se déroule dans des conditions de garantie absolue. Loin d'être

opposée par principe à une telle expérimentation, je note simplement que le texte ne nous donne aucune précision sur la sécurité, les relations de ces maisons avec les établissements hospitaliers, les critères de sélection des femmes qui viendront y accoucher ou encore l'articulation de ce dispositif avec la médecine de ville.

Ce sujet est sensible sur les plans médical et psychologique : certains hôpitaux ou certaines cliniques offrent déjà la possibilité d'accoucher dans des conditions différentes. Alors que la mesure a été mise à l'ordre du jour en 2005, pourquoi a-t-il fallu attendre cinq ans pour voir proposer une expérimentation qui n'est pas au point ? Rien n'interdit donc de prendre encore six mois pour consolider le dispositif et mieux encadrer l'expérimentation.

Mme Bérengère Poletti. Être enceinte, ce n'est pas être malade ; accoucher, ce n'est pas subir une intervention chirurgicale ! Il s'agit d'un acte naturel qui exige des précautions. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à ce que les petites maternités soient classées en fonction de leur capacité d'accueil et que la présence d'un pédiatre, d'un anesthésiste et d'un obstétricien y soit rendue nécessaire.

Toutefois, les femmes accouchent aujourd'hui dans des conditions très médicalisées, lesquelles créent des pathologies, notamment des dystocies. Certaines femmes ont besoin d'accoucher avec un peu de douceur, ce qui n'est pas toujours le cas. Le nombre de femmes souhaitant accoucher à domicile augmente. Or elles s'entourent souvent de personnes dépourvues de formation médicale, les *doulas*, qui sont là pour câliner les femmes qui accouchent.

Les sages-femmes demandent depuis de nombreuses années la création de lieux respectant le caractère physiologique de l'accouchement.

Des amendements à l'article 40 sont évidemment nécessaires pour mieux encadrer le dispositif – Marisol Touraine a raison. La maison de naissance doit être conventionnée avec un établissement hospitalier proche afin de garantir une sécurité maximale.

Il ne s'agit pas de remplacer les petites maternités par des maisons de naissance : celles-ci devront être adossées à des centres techniques dont les personnels pourront, en cas de besoin, intervenir sur la mère ou l'enfant.

N'empêchez pas, en supprimant l'article 40, le déroulement d'une expérimentation qui améliorera jusqu'à l'environnement sanitaire des femmes.

Mme Edwige Antier. Pour avoir travaillé pendant vingt ans, jour et nuit, en maternité, je ne regrette pas la fermeture des petites unités. Certes, l'accouchement est un acte naturel, mais combien perd-on de femmes dans les pays non équipés médicalement ? Que se passera-t-il dans une maison de naissance si une femme se met à saigner au moment de la délivrance et doit immédiatement être transfusée ? Qu'arrivera-t-il si un enfant ne crie pas ? Le geste qu'on fait pour l'intuber, en faisant passer dans la trachée un fil minuscule afin d'envoyer de l'oxygène, requiert une grande pratique. Actuellement, un accouchement sur cinq prévu en secteur 1 ou 2 est transféré en secteur 3, et les enfants nés hors maternité courent davantage de risques de séquelles cérébrales. Autant d'éléments qui expliquent la fermeture des petites maternités, que le corps médical a d'ailleurs approuvée, jugeant qu'elles offraient des conditions de sécurité insuffisantes.

Si l'on crée des maisons de naissance, celles-ci doivent être non près d'un hôpital ni sous convention avec lui, mais mitoyennes d'un hôpital. J'ajoute que la technique, qui apporte la sécurité, n'est pas nécessairement le contraire de l'humanité. Un sondage réalisé pour *Enfant Magazine* montre que la maternité de Lille, qui effectue 2 000 accouchements par an, a été plébiscitée par des jeunes mamans comme la plus humaine. Je suis donc favorable à la création de maisons de naissance à proximité des hôpitaux, ce qui reviendra à les agrandir pour offrir aux femmes des conditions d'accouchement plus douces.

M. Jean Bardet. Je soutiens la suppression de l'article. C'est grâce aux progrès de l'obstétrique et aux hôpitaux que la mortalité lors des accouchements a diminué en France. Comment réagira-t-on, dans une maison de naissance, en cas d'hémorragie du post-partum, qui est imprévisible ? On ne peut jamais dire à l'avance qu'un accouchement sera sans risque.

Par ailleurs, j'aimerais savoir ce qu'on entend sur le plan juridique par expérimentation. Je me souviens que, lorsque nous avons voté la loi sur le travail du dimanche, certains plaidaient pour la mise en place d'une expérimentation, ce que d'autres ont refusé au motif qu'un processus expérimental devient à terme pérenne.

M. le président Pierre Méhaignerie. Après trois ou cinq ans, une expérimentation doit être pérennisée ou abandonnée. Elle ne peut pas être prolongée au-delà de ce délai.

M. Dominique Dord. Je préside le conseil d'administration de l'hôpital d'Aix-les-bains dont la maternité, qui pratiquait 650 accouchements par an, vient d'être fermée. Celle-ci s'apparentait à une maison de naissance, puisque, le service ne disposant pas de chirurgien, une convention avait été passée avec une clinique voisine, dont les chirurgiens venaient sécuriser les accouchements si nécessaire. La clinique ayant renoncé à toute spécialité viscérale, il a fallu fermer la maternité hospitalière.

Je défends comme Marisol Touraine l'ouverture de maisons de naissance, pourvu qu'elles disposent d'une couverture chirurgicale sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Mais, puisque les chirurgiens se regroupent aujourd'hui dans les grands centres hospitaliers, les maisons de naissance ressembleront beaucoup à des maternités d'hôpital. Autant dire que le dispositif consistera simplement à situer les maternités à côté des hôpitaux et que le nombre d'expérimentations sera très limité.

Enfin, je partage les craintes de Jean Bardet. Pendant des années, la maternité d'Aix-les-Bains a envoyé à Chambéry les femmes dont la situation paraissait plus difficile, mais, à quelques jours de la fermeture, il a fallu pratiquer une hystérectomie d'hémostase sur une femme dont l'accouchement devait en principe se dérouler normalement. Celle-ci aurait été perdue si un chirurgien n'était pas intervenu en moins d'un quart d'heure. Il n'est pas possible de prendre des risques dans ce domaine.

Mme Cécile Dumoulin. Tout le monde s'accorde sur le fait qu'il devrait être possible d'accoucher dans des conditions de calme et de douceur qui respectent la physiologie. Mais, quelles que soient les aspirations des intéressées, nous devons assurer leur sécurité et celle de l'enfant. Dans ce domaine, le texte doit être précisé. Qu'entend-on par « proximité immédiate » ? Qu'attend-on de ces établissements ? Étant donné que nous souffrirons bientôt d'un déficit de gynécologues, il serait bon de prévoir des structures autres, soit dans l'hôpital soit tout près de celui-ci. À mon sens, il serait dommage de supprimer l'article, mais celui-ci doit être retravaillé avant la réunion qui se tiendra au titre de l'article 88.

Mme Valérie Boyer. Les maternités de type 1, 2 et 3 ont été créées parce que le taux de mortalité des mères et des enfants lors de l'accouchement était plus élevé en France que dans les autres pays européens, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui. Même si, sur le plan personnel, je pense qu'il vaut mieux accoucher à l'hôpital, je considère que les femmes doivent avoir le choix. L'essentiel est que la maison de naissance soit très proche, voire mitoyenne, d'un hôpital. Dans les établissements qui effectuent moins de 1 500 accouchements par an, il n'y a pas de pédiatre sur place et l'anesthésiste arrive souvent pendant l'accouchement, conditions très proches de celles qui sont prévues pour les maisons de naissance. Par ailleurs, n'oublions pas que les sages-femmes ont une compétence médicale particulière : elles savent pratiquer certains gestes, dont l'intubation. Il faut revaloriser cette profession qui le mérite et dont nous avons absolument besoin, compte tenu de notre démographie médicale.

Cela dit, je suis surprise que les maisons de naissance relèvent des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), puisqu'il s'agit d'adosser des initiatives libérales à des établissements de santé, en l'occurrence à des hôpitaux, les établissements privés se désengageant de plus en plus de la maternité pour différentes raisons.

Peut-être faut-il aussi préciser dans le texte l'origine des fonds qui présideront aux destinées des maisons de naissance. Quoi qu'il en soit, ne fermons pas la porte au dispositif et ne le caricaturons pas. Il vise non à permettre aux femmes d'accoucher à domicile, comme cela se pratique aux Pays-Bas ou en Belgique, où la culture en la matière est différente, mais à garantir de meilleures conditions à celles qui souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé. Puisque nous partageons tous le même objectif de sécurité, précisons dans le texte les conditions d'encadrement médical et de financement des maisons de naissance.

M. Bernard Perrut. En tant que président d'un conseil de surveillance d'un hôpital qui assure plusieurs milliers d'accouchements par an, j'ai mené cette réflexion dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire qui, à mon sens, devrait ici servir de référence. J'ai ainsi constaté que les femmes qui étaient souvent attachées à certains lieux préfèrent aujourd'hui accoucher un peu plus loin de chez elles, pour profiter de la garantie qu'offre l'hôpital.

Parce qu'on ne sait jamais si un accouchement se passera bien, et qu'il faut toujours prévoir qu'un spécialiste puisse avoir à intervenir, je suis réservé sur l'ouverture des maisons de naissance tant que toutes les garanties ne sont pas prévues. Mais, je le répète : la réflexion doit être située dans un cadre territorial.

M. Guy Lefrand. Mais les maisons de naissance n'ont pas le statut d'établissement de santé !

M. Bernard Perrut. C'est pourquoi je considère qu'elles ne présentent pas toutes les garanties.

M. Dominique Dord. Deux conditions me semblent indispensables pour créer ces maisons. Outre le fait que les sages-femmes doivent davantage prendre la main sur l'accouchement, ce qu'elles font déjà à l'hôpital, il faut non seulement assurer une sécurité chirurgicale – en prévoyant par exemple qu'un chirurgien puisse intervenir en moins d'un quart d'heure – mais aussi garantir sur place la présence d'un pédiatre.

Mme Bérengère Poletti. En tant que sage-femme, j'ai travaillé des nuits et des week-ends entiers sans qu'un médecin ou un chirurgien soit immédiatement disponible. La réanimation néonatale fait partie des compétences des sages-femmes, qui réalisent aujourd'hui 90 % des accouchements. Elles savent procéder à une délivrance artificielle.

M. Guy Lefrand. Le projet n'est pas dirigé contre les sages-femmes !

Mme Bérengère Poletti. Certes, mais, à vous entendre, on a l'impression qu'aujourd'hui, quand une femme accouche, il y a toujours un gynécologue obstétricien, un anesthésiste ou un pédiatre prêt à intervenir.

Dominique Dord a raison : une intervention chirurgicale doit pouvoir être effectuée en moins d'un quart d'heure, mais, actuellement, les sages-femmes savent réagir dans ce sens. Par ailleurs, monsieur Perrut, les communautés hospitalières de territoires, qui constituent un réseau entre hôpitaux de différentes tailles, n'ont rien à voir avec les maisons de naissance. En l'espèce, il s'agit de créer des petites structures adossées à des maternités bien équipées, qui disposent d'un personnel médical suffisant. Je souhaite que l'on tente l'expérience, en l'encadrant toutefois.

Mme Anne Grommerch. Puisque notre but est d'offrir des conditions d'accouchement plus naturelles aux femmes qui le souhaitent, pourquoi ne pas prévoir une structure à part dans les maternités, afin de bénéficier en cas de difficulté de la proximité des plateaux techniques ? Par ailleurs, on parle de réaliser une économie annuelle de 350 000 euros, mais le texte ne précise pas qui financera la construction des bâtiments.

Mme Edwige Antier. Le plus simple serait que les femmes accouchent dans une structure hospitalière. Contrairement à ce qu'a dit Bérengère Poletti, très peu de sages-femmes peuvent intuber un nouveau-né qui ne crie pas. Celles qui ont appris le geste pendant leurs études ne savent plus le faire si elles n'ont pas effectué assez souvent des accouchements à risque. La présence d'un anesthésiste et d'un pédiatre sur place me semble indispensable. L'idéal serait que les femmes accouchent dans un contexte sécurisé et, une fois tout risque écarté, partent rapidement soit chez elles, en hôpital à domicile, soit en maison de naissance.

M. Étienne Pinte. Ayant présidé pendant des années le conseil d'administration d'un hôpital, je me souviens que, lorsque les maisons médicales ont été créées, il était prévu de les installer le plus près possible de l'hôpital. À présent, on nous demande de créer des maisons de naissance dans les mêmes conditions, ce qui pose un problème de déontologie. À quoi bon créer ces structures extra-hospitalières à côté de l'hôpital ? N'est-ce pas une manière de restructurer sinon de démanteler ses services ? Je comprends que l'on cherche à réduire le coût de certains actes, mais j'ai du mal à saisir la cohérence d'une telle politique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je savais que j'aurais ce débat avec vous, comme je l'ai eu en tant que rapporteur avec les représentants des acteurs concernés : caisses, Haute Autorité de santé, sages-femmes ou médecins. Je rappelle qu'il n'y a pas eu d'improvisation sur le sujet, puisque, depuis la mission périnatalité de 2005, un cahier des charges a été validé ; que notre but est d'offrir une alternative aux femmes qui préfèrent, aujourd'hui encore, accoucher à domicile ; enfin qu'il existe un corps de sages-femmes libérales qui donnent des consultations et suivent les femmes jusqu'à l'accouchement.

Le cahier des charges des maisons de naissance prévoit un réel encadrement. Les expérimentations, dont le nombre sera limité à cinq, seront décidées par le ministre qui n'autorisera l'ouverture d'une maison de naissance qu'à condition qu'elle respecte les normes de sécurité. Elle sera tenue par des sages-femmes libérales et n'accueillera que des patientes volontaires dont la grossesse ne présente aucun risque.

La maison de naissance devra en outre être située « à proximité immédiate » d'une maternité – c'est l'objet de l'amendement AS 327 –, comme les maisons médicales de garde des médecins libéraux, pour que le transport d'une unité à l'autre soit rapide. Elle devra être intégrée par une convention dans un réseau de périnatalité et son ouverture sera conditionnée à l'avis favorable des instances de l'établissement public ou privé concerné. J'insiste sur le fait que, pour sécuriser davantage le dispositif, elle devra être attachée à un centre hospitalier public ou privé et n'accueillera que des femmes dont la grossesse est sans risque, appréciation qui relève de la compétence et de la responsabilité des sages-femmes.

Même si vous êtes nombreux à souhaiter que nous travaillions encore sur le dossier, je vous demande de ne pas écarter d'emblée une expérimentation qui sera parfaitement encadrée et qui répond à une demande de la part des sages-femmes libérales et publiques. Je vous propose par conséquent de rejeter les amendements de suppression et d'en venir à l'examen de ceux qui ont été déposés sur l'article, en attendant éventuellement d'autres améliorations.

M. le président Pierre Méhaignerie. Étant donné que la création des maisons de naissance est une mesure d'organisation, il n'est pas impossible que le Conseil constitutionnel estime qu'elle n'a pas à figurer dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Par ailleurs, je souligne qu'elle reste limitée, compte tenu des contraintes dont tous admettent l'importance. Dans ces conditions, la suggestion du rapporteur me semble bonne.

Mme Marisol Touraine. Le débat que nous venons d'avoir montre que la mesure n'entre pas dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale – sauf si l'on considère, ce qui serait désolant, que l'ouverture des maisons de naissance n'a pas d'autre but que financier. Puisque nous devons prochainement examiner une loi de santé publique, pourquoi ne pas y revenir à ce moment ? Pour notre part, nous ne voterons pas les amendements de suppression, mais nous ne voterons pas non plus l'article, faute d'avoir obtenu les réponses à nos questions.

*La Commission **adopte** les amendements identiques AS 301, AS 186, AS 136 et AS 80.*

*En conséquence, l'article 40 est **supprimé**.*

*Les amendements AS 427, AS 327, AS 428, AS 81 et AS 82 **deviennent** ainsi sans **objet**.*

Article 41 : *Modification de la convergence tarifaire intersectorielle*

La Commission examine les amendements identiques AS 84 de M. Dominique Tian et AS 142 de M. Jean-Luc Prével et AS 184 de M. Guy Lefrand.

M. Dominique Tian. Il s'agit de rouvrir le débat sur la convergence tarifaire, habituel dans le cadre de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Luc Prével. Il convient que la convergence s'effectue sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire.

M. Guy Lefrand. L'amendement AS 184 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable. J'espère que nous obtiendrons en séance des précisions de Mme la ministre sur ce problème qui avait déjà été évoqué l'an dernier en séance.

La Commission adopte les amendements identiques AS 84, AS 142 et AS 184.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 85 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il faut faciliter la convergence intersectorielle.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'amendement complexifie la convergence, tout comme la tarification à l'activité.

La Commission rejette l'amendement AS 85.

Puis elle adopte l'article 41 modifié.

Après l'article 41 :

Elle examine d'abord l'amendement AS 252 de Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Même si, depuis plusieurs années, beaucoup d'unités de soins de longue durée ont été fermées et transformées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, un certain nombre d'entre elles accueille toujours des patients très fragilisés, souffrant de plusieurs pathologies et percevant un taux d'aide sociale important. De ce fait, au 1^{er} janvier 2010, les lits de ces unités ont été redéfinis avec un forfait plus important que les établissements. Mais la mise en œuvre de la convergence tarifaire amène les premières à perdre des moyens en soin, ce qui est très grave, compte tenu de l'état des malades. Dès lors que ces deux structures n'ont pas la même fonction, nous souhaitons que les unités continuent à percevoir un forfait plus important que les établissements pour personnes âgées dépendantes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Il faut poursuivre le processus de financement par la tarification à l'activité, et non revenir en arrière, quand bien même les unités de soin de longue durée le demanderaient.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Il n'est pas question de tarification à l'activité (T2A) en l'occurrence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Mais il s'agit d'appliquer la convergence tarifaire, comme dans le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Les unités ont été fermées précisément parce qu'elles ne pouvaient pas percevoir de T2A, puisqu'elles traitent des affections de longue durée. À Paris, le nombre de lits fermés depuis cinq ans dans ces unités est considérable. La convergence a pour effet de supprimer du personnel là où il est indispensable.

La Commission rejette l'amendement AS 252.

Puis elle est saisie de deux amendements identiques AS 247 de Mme Marisol Touraine et AS 302 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Marisol Touraine. La situation des hôpitaux publics montre que la convergence tarifaire et la T2A ne sont pas des modes de financement adéquats. Il est temps de prendre en compte l'évolution de l'activité des établissements publics. Je trouve choquant que l'on impose la convergence entre les établissements publics et privés, qui ne sont pas soumis aux mêmes contraintes, ni tenus d'accueillir toutes les pathologies ni toutes les populations.

Mme Jacqueline Fraysse. Les déficits hospitaliers le confirment : après l'instauration de la T2A, qui ne permet pas de prendre en charge la totalité des dépenses de l'hôpital public, celle de la convergence tarifaire est le coup de grâce. Comparons ce qui est comparable : hôpitaux publics et privés n'ont ni les mêmes missions ni les mêmes contraintes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Sur ce sujet, nos vues sont opposées. Les amendements proposent de supprimer la convergence intersectorielle, dont le Haut conseil de l'assurance maladie a indiqué, le 23 avril, que le principe n'est pas contestable. J'ajoute que l'application de la mesure a déjà été reportée à 2018.

La Commission rejette les amendements AS 247 et AS 302.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 86 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 378 de M. Yves Bur, AS 72 de M. Dominique Tian et AS 141 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur. L'amendement AS 378 est défendu.

M. Dominique Tian. L'amendement AS 72 également.

M. Jean-Luc Prével. L'an dernier, alors même que le principe d'un coefficient correcteur avait été accepté en commission mixte paritaire, la ministre a demandé en séance, de manière assez inhabituelle, que l'on revienne sur la disposition quand des mesures complémentaires auraient été effectuées. Celles-ci ayant fait apparaître un écart de 6,18 %, l'amendement AS 141 propose que ce coefficient correcteur soit désormais appliqué.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. L'amendement ne résout pas le problème des écarts de coût résultant des charges fiscales. Même si un premier rapport a été rendu, il faut attendre qu'une étude complète soit effectuée sur le sujet. J'émettrai un avis favorable à un autre amendement déposé dans le même but.

M. Yves Bur. Ces propositions sont récurrentes. Puisqu'on nous assure que le différentiel de coût ne peut être traité au niveau fiscal, il faut le prendre en compte.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Certes, mais la convergence entre le privé et le public doit intégrer les charges salariales et fiscales, qui ne sont pas identiques.

M. Yves Bur. Prendre en compte le différentiel entre les établissements va évidemment à l'encontre de la politique de tarification à l'activité et de convergence, mais il faut traiter le problème au lieu de demander la rédaction d'un nouveau rapport. Le différentiel est suffisamment établi : soit on veut le résorber, soit on considère que les établissements, en particulier les établissements de santé privés d'intérêt collectif, doivent s'en accommoder.

M. Dominique Tian. Le rapport existe depuis plusieurs mois, et il a été rédigé à la demande du ministère de la santé, ce qui le rend opposable.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Nous ne disposons en fait que de la moitié des données : le rapport concerne les charges salariales et non fiscales qui pèsent sur les établissements.

M. Dominique Tian. Réglons déjà la moitié du problème !

M. Jean-Luc Prél. L'amendement propose de reconnaître le principe d'un coefficient correcteur, dont le niveau pourra être fixé par décret.

M. le président Pierre Méhaignerie. Toutes les hautes autorités estiment que le rapprochement est nécessaire, mais, du fait des contraintes hospitalières, le Gouvernement peine à le mettre en œuvre.

La Commission rejette les amendements AS 378, AS 72 et AS 141.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS 87 de M. Dominique Tian et AS 319 de Mme Jacqueline Fraysse.

Article 42 : *Distinction, au sein de l'objectif quantifié national et de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation*

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 430 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 91 de M. Dominique Tian.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 92 de M. Dominique Tian et AS 324 de M. Rémi Delatte.

M. Dominique Tian. Pour mettre en œuvre une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation, je propose d'instituer une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés.

M. Rémi Delatte. L'amendement AS 324 est défendu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Des études comparatives de ce type ont été entreprises depuis 2009.

M. Dominique Tian. Mais elles n'ont abouti à rien !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Elles figurent dans l'étude nationale des coûts à méthodologie commune et dans le champ « activités cliniques de soins de suite et de réadaptation ».

La Commission rejette les amendements AS 92 et AS 324.

Puis elle adopte l'article ainsi modifié.

Après l'article 42 :

M. le président Pierre Méhaignerie. Compte tenu des votes précédemment intervenus ce matin, les amendements AS 51 de M. Dominique Tian, AS 120 de M. Jean-Luc Prével, AS 325 de M. Rémi Delatte, AS 123 de M. Jean-Luc Prével, AS 234 de Mme Marisol Touraine, AS 307 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 308 de Mme Jacqueline Fraysse, AS 236 de Mme Marisol Touraine, AS 124 de M. Jean-Luc Prével et AS 237 de Mme Marisol Touraine sont devenus sans objet.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 76 de M. Dominique Tian.

Article additionnel après l'article 42 : Développement de la dialyse à domicile

Puis elle examine l'amendement AS 328 de M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Le partage des bonnes pratiques, domaine dans lequel les agences régionales de santé jouent un rôle essentiel, est primordial. On constate une forte disparité territoriale pour le développement de la dialyse à domicile – le taux des patients traités est de 3 % en Aquitaine contre 25 % en Franche-Comté – ; le Comité national de pilotage des agences doit donc proposer des pistes pour que, dans le respect de la qualité des soins, des économies budgétaires permettent à davantage de patients de bénéficier d'une technique efficace qui améliorera leurs conditions de vie.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 328.

Article additionnel après l'article 42 : Pharmacies à usage intérieur des établissements d'un groupement de coopération sanitaire et social

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 63 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il s'agit de permettre aux directeurs généraux des agences régionales de santé d'éviter les inconvénients liés à l'obligation de disposer d'une pharmacie à usage intérieur pour chaque établissement, lorsque les établissements sont membres d'un groupement de coopération sanitaire et social ou médico-social.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis favorable. Les pharmacies à usage intérieur doivent être mutualisées.

La Commission adopte l'amendement AS 63

Après l'article 42

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette les amendements identiques AS 89 de M. Dominique Tian et AS 140 de M. Jean-Luc Prél.

Article additionnel après l'article 42 : Comptabilité analytique des établissements publics hospitaliers

Puis elle examine l'amendement AS 10 de M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. J'ai cosigné avec Jean Mallot et Dominique Tian cet amendement qui s'inscrit dans le droit fil des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Le rapport de Jean Mallot sur le fonctionnement interne de l'hôpital contient plus d'une quarantaine de préconisations que nous souhaiterions voir décliner dans la loi.

La mission ayant observé l'insuffisance des outils de comptabilité analytique nécessaires à la gestion de l'enveloppe hospitalière, nous proposons de fixer une date butoir – la fin de l'année 2011 – pour mettre en place une comptabilité fondée sur les éléments de comparaison reposant sur la base d'Angers, grande référence en la matière, qui permettra de procéder à des études de coûts comparés. Le versement des primes aux directeurs d'établissement comme à leurs adjoints sera conditionné à la mise en œuvre d'une comptabilité analytique.

M. Jean Mallot. L'amendement pourrait être cosigné par tous les membres de la MECSS, puisque le rapport sur l'hôpital a été adopté à l'unanimité. Qu'on soit ou non favorable à la convergence ou à la tarification à l'activité, il relève du bon sens. Aujourd'hui, les directeurs d'hôpitaux se voient appliquer des tarifs à l'activité que, faute de disposer d'outils de comptabilité dignes de ce nom, ils ne peuvent pas comparer à leurs propres coûts. Autant dire que l'on a pris le problème à l'envers : il aurait été plus simple de commencer par les doter de ces outils avant d'appliquer la T2A.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Avis défavorable. Même si l'amendement découle des excellents travaux de la MECSS, la comptabilité analytique est déjà prévue par le code de santé publique. Il faut seulement affirmer notre volonté de la développer. Nous interrogerons la ministre sur ce point en séance publique.

M. Pierre Morange. Les auditions ont montré que la comptabilité analytique prévue par les textes n'est pas opérationnelle sur le terrain : deux tiers des établissements de soins n'en disposent pas.

M. Jean Mallot. Il faut non seulement rappeler les textes, mais aussi fixer une date butoir. La Cour des comptes a effectué le même constat que la MECSS.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le secteur social constitue une boîte noire. Quand on observe les différences en matière de prestation selon les régions, une fois corrigé l'effet vieillesse, on mesure la nécessité de passer du « toujours plus » au « toujours mieux ». Le *benchmarking* devrait permettre des redéploiements efficaces pour lutter contre le laxisme et effectuer des remises en cause nécessaires.

Le procédé devrait d'ailleurs être étendu à d'autres secteurs. Le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) travaillera demain sur la comparaison des politiques d'une région à l'autre. Dans ce domaine, on constate des variations considérables pour les mêmes agents.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 10.*

La séance est levée à douze heures quarante-cinq.

—>>>—



Présences en réunion

Réunion du mercredi 20 octobre 2010 à 9 heures 30

Présents. - M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, M. Jean Bardet, Mme Véronique Besse, Mme Martine Billard, Mme Valérie Boyer, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, M. Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Georges Colombier, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Vincent Descoeur, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Cécile Gallez, Mme Catherine Génisson, M. Maxime Gremetz, Mme Anne Grommerch, M. Michel Heinrich, Mme Danièle Hoffman-Rispal, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Guy Lefrand, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Lemorton, M. Jean Leonetti, M. Jean-Claude Leroy, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, M. Philippe Morenvillier, Mme Dominique Orliac, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, M. Étienne Pinte, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Jean-Luc Préal, M. Arnaud Richard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Marie Rolland, Mme Valérie Rosso-Debord, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, Mme Marisol Touraine

Excusés. - M. Guy Delcourt, M. Jean-Patrick Gille, M. Claude Leteurtre, M. Simon Renucci, Mme Françoise de Salvador, M. Francis Vercamer

Assistaient également à la réunion. - M. Gérard Bapt, Mme Anny Poursinoff, M. Patrick Roy