

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 de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n° 3238) (*Mme Valérie Boyer, rapporteure*)..... 2
- Information relative à la commission 34
- Amendements examinés par la commission (cf. Compte-rendu n° 36)
- Présences en réunion 35

Mercredi
30 mars 2011
Séance de 10 heures

Compte rendu n° 37

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président
puis de
M. Pierre Morange,
Vice-président**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 30 mars 2011

La séance est ouverte à dix heures.

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

La Commission des affaires sociales poursuit l'examen, sur le rapport de Mme Valérie Boyer, de la proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (n° 3238).

M. le président Pierre Méhaignerie. Chers collègues, nous légiférons mal ! Nous nous plaignons tous de la surréglementation mais nous déposons 240 amendements sur un simple texte d'adaptation ! Soyons sérieux : dressons des cadres sans entrer dans les détails !

M. Jean-Luc Prével. Il est normal d'amender une proposition de loi visant à toiletter la loi HPST si l'on estime que des améliorations sont à apporter.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce faisant, nous donnons l'impression de changer sans cesse les règles.

Article 3 bis A : *Interventions des professionnels de santé libéraux dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux*

La Commission examine l'amendement AS 175 de Mme Valérie Boyer, rapporteure.

Mme Valérie Boyer, rapporteure. Cet amendement vise à préciser les dispositions relatives aux établissements médico-sociaux afin d'éviter le double paiement d'une même prestation par l'assurance maladie et le renvoi à des dispositions réglementaires.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Concerne-t-il les médecins salariés ?

Mme la rapporteure. Non, essentiellement les infirmières, ce qu'il faudrait en effet préciser.

La Commission adopte l'amendement.

Article 3 bis : *Modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins dans les établissements de santé*

La Commission est saisie de l'amendement AS 79 de M. Jean-Pierre Door, tendant à rédiger l'article.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement prévoit que la rémunération des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé est versée par la Caisse primaire d'assurance maladie, via une association de recouvrement des honoraires, créée et gérée par les médecins libéraux concernés. Ainsi, l'établissement de santé ne serait pas débiteur.

M. Jacques Domergue. Et si le médecin ne réalise pas d'acte ?

M. Jean-Pierre Door. Il assure la permanence des soins et perçoit à ce titre une vacation.

Mme la rapporteure. Mon avis est défavorable : le versement de la rémunération doit être assuré par l'entité juridique attributaire de la mission de service public. Je connais la crainte des professionnels que la permanence des soins soit requalifiée en salariat. Une concertation est en cours sur un modèle de contrat liant l'établissement et le médecin libéral.

Par ailleurs, l'amendement est ambigu car il prévoit de maintenir une compensation financière pour l'établissement, tout en prévoyant le versement direct de la rémunération aux médecins.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 3 bis sans modification.

Après l'article 3 bis

La Commission examine trois amendements identiques : AS 9 de M. Jean-Marie Rolland et AS 27 de M. Jean-Luc Prétel, et AS 115 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Marie Rolland. Ces amendements tendent à insérer un article additionnel prévoyant des assouplissements à la composition des équipes médicales associant salariat et exercice libéral dans un même établissement de santé.

Ils prévoient de donner aux médecins libéraux exerçant dans onze établissements de santé adhérents de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), connaissant une situation historique particulière, la faculté qu'ont les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale et les médecins libéraux exerçant dans les établissements privés ex-OQN (objectif quantifié national) voisins de demander des dépassements d'honoraires.

Enfin, il prévoit la conclusion d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'établissement de santé et l'agence régionale de santé (ARS), lequel pourra définir les proportions garanties d'exercice en tarif opposable des médecins libéraux.

M. Jean-Luc Prétel. L'examen par le Conseil d'État du projet de décret relatif à la coopération, souhaitée par le législateur, entre la médecine hospitalière et la médecine libérale a montré que des problèmes se posaient encore, notamment pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

M. Jacques Domergue. Comment peut-on encore défendre le maintien de privilèges dans certains établissements ? La règle prévoyant que les médecins libéraux appliquent des tarifs conventionnés doit être la même pour tous ! Il est déjà difficile de faire cohabiter médecins salariés sur les nouveaux contrats et médecins libéraux sur les anciens !

M. Simon Renucci. Le texte fait apparaître les difficultés de la mise en œuvre de la loi HPST et certaines de ses contradictions. La grande majorité des médecins libéraux partageant l'objectif de l'équité d'accès aux soins, il conviendrait de prévoir un engagement conventionnel des médecins sur l'ensemble des pratiques. Mais, dans le même temps, on souhaite que deux tarifs puissent être appliqués sur un même fonctionnement.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Nous avons eu le même débat hier sur les maisons de santé. La loi HPST précise qu'un établissement de santé chargé de missions de service public doit garantir à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions une prise en charge sans dépassement.

La Commission rejette les deux amendements identiques.

M. le président Pierre Méhaignerie. On lira avec intérêt dans le journal *Les Échos* paru ce jour un article sur l'initiative du maire de La Ferté-Bernard, qui a décidé d'embaucher trois médecins salariés, et qui croule aujourd'hui sous les demandes...

M. Guy Lefrand. Le maire de La Ferté-Bernard, Jean-Carles Grelier, présent hier aux rencontres de l'AMF, nous a fait tout de même part de ses interrogations quant à l'équilibre financier du projet de sa commune.

M. Christian Paul. Sans doute le recours à la médecine salariée sera-t-il une solution lorsque les autres formes d'installation auront échoué.

La situation actuelle de la médecine de ville est catastrophique. Si nous avons défendu hier des amendements prévoyant des mesures de régulation de l'implantation des médecins libéraux, ce n'est ni par idéologie ni pour porter atteinte à la liberté d'installation. Ceux qui l'ont laissé entendre, comme le ministre de la santé, ont commis un amalgame malhonnête.

La Commission rejette les amendements AS 9, AS 27 et AS 115.

Article 4 : *Suppression de l'obligation pour les médecins de déclarer leurs absences programmées*

La Commission est saisie de l'amendement AS 209 de la rapporteure, tendant à rétablir l'article 4, supprimé par le Sénat et de l'amendement AS 116 identique de M. Dominique Tian.

Mme la rapporteure. L'article 4, qui visait à mettre fin à l'obligation pour les médecins libéraux de déclarer leurs absences programmées à l'ordre départemental, a été supprimé en première lecture par les sénateurs

Les syndicats auditionnés nous avaient pourtant demandé de supprimer cette obligation d'information, perçue – hélas ! – comme pouvant servir de base à la mise en place d'un régime d'autorisation d'absence. Les conseils de l'Ordre départementaux, pour leur part, ont indiqué que la mise en œuvre de cette mesure était trop lourde.

À la veille de l'ouverture des négociations conventionnelles, il convient de laisser la capacité d'initiative aux médecins libéraux et de leur confier la responsabilité collective de la continuité des soins. Dans certains départements, et conformément au code de déontologie, les médecins se sont organisés de manière efficace pour garantir la continuité des soins, sur la base du volontariat et pour les périodes posant de réelles difficultés.

Une telle mesure paraissant inutile, il convient de rétablir l'article 4, qui tend à y mettre fin.

M. Jean-Marie Rolland. Cette disposition a été adoptée dans le cadre de la loi HPST, dont j'étais le rapporteur : nous souhaitons alors attirer l'attention des professionnels de santé sur la nécessité de se positionner clairement quant au service offert au public.

Dans mon village de 1 200 habitants, les deux boulangers doivent s'entendre pour partir en vacances. Il est anormal que les médecins voient une mesure vexatoire dans cette disposition qui permettrait d'éviter, par exemple, d'être dans l'impossibilité de trouver dans le département de l'Yonne un cabinet d'ORL ouvert entre le 23 décembre et le 7 janvier !

La disposition n'est que peu contraignante. Peut-être pourrait-on l'assouplir en levant l'obligation d'information dans le cas où l'absence serait due à une urgence imprévue. Il serait en tout cas démagogique de la supprimer.

M. Simon Renucci. Ne détricotons pas davantage le texte ! Si les conseils de l'Ordre, qui ont déjà peu de pouvoirs en matière d'éthique et d'organisation des soins, ne sont pas informés des absences des médecins, à quoi servent-ils ? Autant les supprimer !

M. Fernand Siré. Le code de déontologie prévoit déjà que les médecins assurent la continuité des soins. Par ailleurs, en l'absence du médecin traitant, il est possible d'appeler le « 15 », service chargé d'assurer la régulation.

M. Jacques Domergue. Cette disposition est issue d'un amendement dont je suis l'auteur, et dont la logique était de prévoir que les ARS soient informées des absences de médecins, aussi bien dans les établissements publics que dans les établissements privés.

Connaissant bien les critiques dont la mesure fait l'objet, je suggère un moyen terme en proposant de limiter l'obligation d'information aux périodes correspondant aux congés d'été et de fin d'année. Cela serait moins vexatoire et démontrerait que la médecine ne doit pas être réglementée, mais régulée.

M. Guy Lefrand. S'il faut que les médecins informent à l'avance les conseils de l'Ordre des congés qu'ils souhaitent prendre, autant qu'ils soient salariés ! Cela va à l'inverse de l'esprit de la médecine libérale !

M. Dominique Dord. Je ne vois pas en quoi cette mesure serait vexatoire. Lorsque je m'absente de ma mairie, j'avertis mon premier adjoint. De la même manière, les trois quarts des médecins préviennent leurs collègues et s'organisent pour assurer une permanence des soins.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous ne sommes pas dans le domaine des intentions, mais dans le domaine juridique. La régulation est naturelle dans 90 % des cas. Faut-il vraiment légiférer ?

M. Bernard Perrut. En France, nous sommes attachés à la continuité du service public. L'exercice libéral de la médecine n'est pas antinomique avec le respect de certaines règles, mais je pense que les médecins sont en mesure de s'organiser eux-mêmes. Les maisons médicales de garde, présentes dans bien des communes, reposent sur une organisation volontaire des médecins, qui prennent leurs responsabilités et assurent une permanence des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et trois cent soixante-cinq jours par an. Pourquoi ce qui se fait la nuit ne se ferait-il pas le jour ?

M. Jean-Luc Prével. La suppression de cette obligation, mal acceptée par les médecins, a en grande partie motivé cette proposition de loi. Pour ma part, je ne vois pas comment l'on peut établir un tableau de garde sans connaître les absences. Il ne s'agit pas de demander l'autorisation, mais simplement de déclarer ses congés.

M. Yves Bur. Les médecins anglais sont tenus d'assurer la continuité des soins vis-à-vis de leurs patients en les orientant vers un confrère en cas d'absence, de telle sorte que ceux-ci n'aient pas à chercher un cabinet ouvert. C'est ce type d'organisation que nous tentons de mettre en place, de façon peut-être maladroite.

M. Simon Renucci. Un médecin qui part en congé doit transmettre au conseil de l'Ordre le nom de son remplaçant : il s'agit d'une simple information, non d'une demande d'autorisation. Nous sommes en train de discuter de la suppression d'une disposition qui, après tout, « ne mange pas de pain ».

Mme la rapporteure. Les médecins prennent leurs responsabilités, conformément au code de déontologie. Des difficultés se posent dans 10 % des cas seulement ; mais ce n'est pas une disposition contraignante, mal perçue par les médecins, et difficile à mettre en œuvre pour les conseils de l'Ordre, qui permettra de les régler. Je vous propose, dans le cadre de l'article 88, de trouver une solution pour les médecins qui ne parviennent pas à trouver de remplaçant.

M. Gérard Bapt. Dans 90 % des cas, il n'y a pas de problème. Les médecins que nous avons auditionnés ont été unanimes : ils ont mal vécu la mesure. Bien des médecins partent en congés sans chercher de remplaçant ! Votre proposition est insuffisante ; celle de M. Domergue pourrait faire l'objet d'un examen dans le cadre de l'article 88 de notre Règlement.

*La Commission **rejette** les amendements AS 209 et AS 116.*

*En conséquence, elle **maintient la suppression** de l'article 4.*

Article 5 A (nouveau) : *Présence d'un représentant des usagers dans le collège de la Haute Autorité de santé.*

La Commission examine l'amendement AS 153 de M. Christian Paul, portant article additionnel avant l'article 5.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement, qui s'inscrit dans le cadre de l'« Année des patients et de leurs droits », prévoit de compléter la composition du collège de la Haute autorité de santé par un représentant des usagers, issu de l'une des associations de santé agréées. Si tel avait été le cas l'année dernière, la gestion de la pandémie de grippe H1N1 n'aurait sans doute pas été la même.

*Suivant l'avis **favorable** de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement.*

Article 5 : *Rétablissement des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique*

La Commission est saisie de l'amendement AS 210 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. L'article 5 vise à rétablir la base juridique des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique, abrogée par l'ordonnance de coordination avec la loi HPST du 23 février 2010, au bénéfice des nouveaux contrats instaurés par la loi HPST.

Dans l'attente de l'émergence de nouveaux outils contractuels, il importe que les professionnels de santé qui s'étaient engagés individuellement dans ces dispositifs puissent continuer d'exercer dans des conditions juridiques solides.

Cette rédaction permet de mieux assurer la continuité entre les anciens et les nouveaux contrats.

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

*En conséquence, l'article 5 est **ainsi rédigé** et les amendements AS 90 de Mme Jacqueline Fraysse et AS 118 de M. Dominique Tian **n'ont plus d'objet**.*

Après l'article 5

La Commission examine les amendements identiques AS 66 de M. Jean-Luc Prével et AS 140 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. Le contrat individuel, proposé par l'ARS aux professionnels de santé libéraux, doit être conforme à un contrat type national négocié entre les partenaires conventionnels.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : lors de l'examen du projet de loi HPST, nous avons fait le choix de donner aux ARS des outils contractuels pour orienter l'activité, la répartition et les pratiques des professionnels, plus efficaces que les modes classiques de tutelle. Les ARS doivent conserver ces outils.

Pour autant, les partenaires conventionnels n'ont pas été dessaisis de cette question puisque ces outils sont inscrits au programme des discussions conventionnelles, qui débiteront le 7 avril.

*La Commission **rejette** les amendements.*

Article 6 : Aménagement de l'obligation d'information sur le prix d'achat des prothèses dentaires

La Commission est saisie de l'amendement AS 99 de M. Guy Malherbe, tendant à supprimer l'article.

M. Guy Malherbe. Il s'agit de revenir aux dispositions de la loi HPST.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : les patients veulent connaître la provenance des dispositifs médicaux et nous avons le devoir d'assurer la transparence dans ce domaine. Or, la disposition que l'amendement tend à rétablir ne fait pas mention de la traçabilité de ces produits.

S'agissant des prix, il faut également en améliorer la transparence ; nous savons que la sous-cotation des actes conservateurs entraîne une hausse des prix des soins prothétiques. Par ailleurs, l'Ordre des dentistes et les syndicats que nous avons rencontrés ont indiqué qu'il était difficile pour un chirurgien-dentiste d'évaluer le prix d'une prothèse réalisée par ses soins ou par un prothésiste employé à son cabinet.

L'amendement AS 211 répond à ces différentes préoccupations. Je pense que nous sommes parvenus à un compromis satisfaisant.

M. Christian Paul. S'il convient de garantir la traçabilité des appareillages, il nous faut aussi assurer la transparence dans le domaine de la formation des prix, notamment pour les appareils d'importation. C'est ce que prévoit l'amendement AS 148, que présentera Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Michèle Delaunay. C'est en matière de prothèse dentaire que l'on observe le plus fort taux de renoncement aux soins. Les prix varient considérablement d'un prothésiste à l'autre ou d'un chirurgien-dentiste à l'autre, jusqu'à devenir dissuasifs, notamment pour les personnes âgées. Nous devons exiger des praticiens qu'ils fournissent à leurs patients une information sur le prix des prothèses ou de leur réparation, et sur le prothésiste chargé de les fabriquer. Cela permettrait aux patients de comparer et, éventuellement, de demander à leur chirurgien-dentiste de se fournir auprès d'un autre prothésiste.

M. Guy Malherbe. Dix ans avant la loi HPST, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait inscrit dans le code de la sécurité sociale un dispositif prévoyant que les médecins et les chirurgiens-dentistes, lorsqu'ils font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services, délivrent au patient une copie de la facture correspondante. L'arrêté n'ayant jamais été pris, cette solution simple n'a pu être mise en œuvre.

La Commission rejette l'amendement AS 99.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 211 de la rapporteure et l'amendement AS 148 de M. Christian Paul, ainsi que les amendements AS 28, AS 29, AS 30 et AS 31 de M. Jean-Luc Prével, et l'amendement AS 109 de M. Yves Bur.

Mme la rapporteure. L'amendement AS 211 répond à toutes les questions qui viennent d'être soulevées. S'il venait à être adopté, je proposerai à Guy Malherbe d'en être signataire.

Cet amendement prévoit d'ajouter à la rédaction issue du Sénat, – prévoyant l'information gratuite du patient sur le prix de vente de l'appareillage et des prestations associées, une information sur le prix de la prothèse, dissociée de celle concernant la prestation du professionnel – une information relative à la provenance du dispositif médical utilisé ; la remise au patient, après l'exécution de l'acte, d'une copie de la facture du dispositif médical utilisé, ainsi que le prévoit le code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur. Cette question récurrente oppose depuis vingt ans prothésistes et chirurgiens-dentistes, les premiers estimant trop important le différentiel entre le coût de fabrication et le coût de réalisation. Je rappelle que les chirurgiens-dentistes ont été la première profession à garantir la transparence, puisqu'ils délivrent depuis plus de vingt ans des devis avant l'exécution de l'acte.

Il est essentiel de mettre en place une véritable traçabilité, garantissant la sécurité sanitaire pour des produits destinés à être portés en bouche en permanence. L'information, notamment sur les alliages, doit être claire et transparente.

Par ailleurs, il convient de mettre fin aux doutes qui peuvent subsister sur le lieu de fabrication. La prothèse a-t-elle été fabriquée en France, dans un autre pays de l'Union européenne, ou sous-traitée à l'extérieur de l'Union ? Plus que le prix, c'est l'origine du produit qui intéresse le patient et le rassure sur sa qualité.

M. Rémi Delatte. La loi HPST visait à garantir non seulement la traçabilité, sur laquelle nous sommes tous d'accord, mais aussi la transparence. Les devis pour les prothèses dentaires ne sont pas toujours faciles à établir, monsieur Bur, car le prix peut varier sensiblement selon le poids ou la nature des matériaux utilisés. Afficher le prix d'achat de la prothèse n'est pas difficile, et cela permettrait davantage de transparence.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement AS 211 répond à ces exigences.

Mme Michèle Delaunay et M. Christian Paul. Non !

Mme la rapporteure. La traçabilité, qui doit être assurée pour les prothèses dentaires comme pour les autres prothèses, constitue le socle sur lequel nous ne pouvons transiger, car c'est un enjeu majeur de sécurité sanitaire. La Commission doit donc voter l'amendement AS 211.

Quant au débat sur le prix, c'est autre chose. L'amendement prévoit, je le rappelle, qu'un devis détaillé et une facture seront respectivement présentés avant et après l'acte.

M. Christian Paul. Beaucoup de patients retardent leurs soins à cause du coût des prothèses : pour faire baisser les prix, une meilleure transparence doit être assurée en amont. L'amendement de Mme la rapporteure me semble insuffisant car il ne prévoit aucune obligation de faire figurer le prix d'achat de la prothèse dans le devis initial ; or c'est en ce domaine que sont souvent réalisées d'importantes marges tarifaires. Peut-être Mme la rapporteur pourrait-elle sous-amender son amendement ?

M. Jean-Luc Prél. Aux termes de la loi HPST, le praticien doit préciser le prix d'achat de la prothèse et en garantir la traçabilité ; mais cette disposition n'a pas été appliquée car les syndicats de praticiens s'y sont opposés. La Cour des comptes a indiqué, à l'automne, que la situation n'était pas satisfaisante, et les associations de prothésistes et de consommateurs souhaitent que nous la réglions. Je rappelle cependant que, si les praticiens se rémunèrent sur les prothèses, c'est d'abord parce que les soins sont mal rémunérés.

Par ailleurs, les prothésistes français sont concurrencés par des fabrications étrangères mal contrôlées – de Chine ou de Madagascar, entre autres. C'est pourquoi la traçabilité est essentielle, de même que la mention du prix d'achat. Dans cette optique, je tiens tout particulièrement à l'amendement AS 30, car il prévoit d'obliger les praticiens à fournir aux patients la photocopie du bon de livraison : cette solution, très simple, réglerait tous les problèmes.

M. Guy Lefrand. Si j'ai bien compris, l'amendement AS 211 prévoit que les prix de vente et d'achat doivent être respectivement précisés avant et après l'acte. Mais quelle sera la

réaction du patient découvrant que le praticien a facturé une prothèse au quadruple de son prix d'achat ?

J'ajoute que, les filières organisées et les sociétés écrans n'étant pas rares sur ce marché, on ne connaîtra jamais le prix d'achat réel.

Mme la rapporteure. C'est vrai pour toutes les prothèses.

M. Guy Malherbe. Si la traçabilité est indispensable, la transparence des prix doit aussi être assurée. Dans ma circonscription, le réseau Appolline travaille auprès de nombreuses personnes âgées qui, pour des raisons financières, ne peuvent accéder aux soins prothétiques : c'est là un problème que nous devons régler.

De même, une émission économique télévisée a récemment montré les différents circuits de fabrication des prothèses, en France et au Maroc. Il n'est pas normal que les clients n'aient pas accès à l'information sur l'origine ou sur les coûts.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous sommes tous d'accord sur la traçabilité. Faut-il aussi légiférer sur la transparence du prix d'achat, compte tenu des problèmes dont parlait Guy Lefrand ? La question reste posée.

Mme Martine Billard. Les différences de prix, parfois considérables, ne tiennent pas seulement à la provenance des prothèses, mais aussi aux tarifs des praticiens. Les patients doivent donc être mieux informés afin de faire jouer la concurrence ; sans quoi ils resteront « captifs », et les mutuelles devront prendre en charge une partie des surcoûts, sans parler de la répartition des bénéfices entre dentistes et prothésistes.

M. Jean-Pierre Door. La traçabilité et la sécurité sanitaire doivent être assurées. Quant au prix d'achat, les prothèses importées d'Inde ou du Nigeria sont moins coûteuses. Je crains donc que la mesure ne mette en difficulté les prothésistes français.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'indication du prix d'achat ne présente pas que des avantages : il faut trouver un juste équilibre.

Mme la rapporteure. Les professionnels de santé approuvent la rédaction de l'amendement AS 211, et nous avons aussi beaucoup discuté, monsieur Christian Paul, avec les associations de consommateurs. Aucun professionnel de santé ne donne le prix d'achat : le coût est toujours prévisionnel. S'il convient d'informer les patients avant l'acte, évitons les dispositions inapplicables ! Un devis détaillé, suivi d'une facture après l'acte, garantit la transparence souhaitée. J'ajoute que l'amendement de M. Christian Paul ne répond pas à la question de la traçabilité.

La Commission adopte l'amendement AS 211.

En conséquence, les amendements AS 148, AS 28, AS 29, AS 30, AS 31 et AS 109 n'ont plus d'objet.

La Commission adopte l'article 6 modifié.

Après l'article 6

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 6.

Elle examine d'abord l'amendement AS 145 de M. Christian Paul.

M. Christian Paul. Cet amendement vise à renforcer l'obligation, pour le professionnel, d'informer le patient, par écrit et au préalable, sur le tarif des actes, le montant et la nature du dépassement facturé. Une telle transparence permettrait au patient de s'assurer du montant exact des soins dont il va bénéficier.

Nous sommes plus soucieux de garantir la qualité des soins et l'information des patients que d'assurer des rentes artificielles à des professionnels, quel que soit le respect que nous leur devons.

M. Jean-Pierre Door. L'expression « rente artificielle » est fort mal venue de la part d'un élu de la nation. Les professionnels de santé sont, dans leur grande majorité, des personnes responsables, qui, de surcroît, ont suivi de longues études.

Les praticiens sont déjà obligés d'afficher leurs tarifs dans leur cabinet, monsieur Paul ; les directions départementales de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes peuvent d'ailleurs procéder à des contrôles. Votre amendement n'a donc pas lieu d'être.

Mme la rapporteur. Les arguments de M Door sont excellents : avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de deux amendements identiques, AS 212 de la rapporteure et AS 91 de M. Élie Aboud.

Article 6 bis (nouveau) : Reconnaissance de la profession d'assistant dentaire

M. Élie Aboud. Ces amendements concernent la reconnaissance de la profession d'assistant dentaire, dont je n'ai pas besoin de rappeler le rôle essentiel, qu'il s'agisse des soins et de leur aspect technique ou des tâches administratives. Le statut des assistants dentaires est ignoré des services publics d'odontologie, qui, pour les remplacer, font parfois appel à des infirmières. Je rappelle que la Cour des comptes a préconisé une meilleure formation de ces personnels, en y consacrant deux pages d'un rapport de 2010 ; en outre, dans certaines unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), ils sont chargés d'établir ce qu'il est convenu d'appeler un « diagnostic précoce ».

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Avant de reconnaître cette profession, il faudrait que nous ayons davantage de détails sur la formation actuelle et son contenu.

M. Élie Aboud. La formation est déjà définie, mais ne peut être délivrée car la profession n'est pas reconnue : c'est un cercle vicieux.

Mme Catherine Lemorton. Les assistants dentaires sont-ils assimilables à des auxiliaires médicaux ? Si j'approuve ces amendements dans leur principe, je crains un maquis des formations, dans leur nature et dans leur coût. Jacques Domergue et moi avons pu

constater de tels travers à l'occasion de la mission d'information sur la formation des auxiliaires médicaux.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le contenu des formations est une autre question, sur laquelle nous pourrions interroger le Gouvernement.

La Commission adopte les amendements identiques AS 212 et AS 91.

Article 6 ter (nouveau) : *Rapport sur la promotion de l'aide à la complémentaire santé*

Elle examine ensuite l'amendement AS 18 de M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport relatif à la promotion de l'aide à la complémentaire santé un an après la promulgation du présent texte. Il faut trouver les moyens de mieux faire connaître cette aide aux personnes concernées, d'autant que l'État y consacre des sommes importantes.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est normal que le Gouvernement rende compte au Parlement de l'application de cette mesure ; le rapport dont il est question pourrait d'ailleurs se limiter à cinq pages.

Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission adopte l'amendement AS 18.

Article 7 : *Suspension ou fermeture des centres de santé par le directeur général de l'ARS*

La Commission adopte l'article 7 sans modification.

Article 7 bis : *Champs de compétence des commissaires aux comptes et de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé*

La Commission adopte l'amendement AS 191 de la rapporteure, d'ordre rédactionnel.

Elle examine ensuite l'amendement AS 117 de M. Dominique Tian.

M. Guy Malherbe. L'amendement propose d'élargir le champ d'intervention de la Cour des comptes en matière de certification des comptes des établissements publics de santé.

Mme la rapporteure. Le droit exclusif de certification de la Cour des comptes, s'agissant des établissements de santé, ne peut porter, aux termes du droit européen, sur une part excessive de la population concernée. S'il est clair qu'une proportion de 6 établissements sur 124 ou sur 143 n'est pas excessive, il n'en va pas de même pour 27 ou 31 sur 124 ou 143. Je suis donc obligée d'émettre un avis défavorable.

Notre objectif est que la Cour des comptes assure elle-même, conformément à l'article 47-2 de la Constitution, la certification des comptes d'un nombre significatif, mais pas excessif, d'établissements.

M. Guy Malherbe. Quelle est la nuance séparant le « significatif » de l'« excessif » ?

M. Dominique Tian. Je ne comprends guère ce que l'Europe vient faire dans ces sujets franco-français. En l'occurrence, les sommes en jeu – 700 millions d'euros – sont loin d'être négligeables. La Cour des comptes me semble être la plus à même de certifier la sincérité des comptes.

Mme la rapporteure. Le droit européen de la certification obéit au principe de concurrence. La Cour des comptes ne peut donc, je le répète, certifier les comptes d'un trop grand nombre d'établissements. Mon avis ne peut donc qu'être défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il s'agit, selon le droit européen, d'éviter que les institutions publiques ne monopolisent le marché.

M. Yves Bur. Qui plus est, la Cour des comptes ne souhaite pas cet élargissement. En 2004, nous avons eu toutes les peines du monde à obtenir qu'elle contrôle la gestion des plus grands centres hospitaliers universitaires.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 7 bis modifié.

Après l'article 7 bis

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 7 bis.

Elle examine d'abord l'amendement AS 121 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement concerne l'externalisation des fonctions périphériques de l'offre de soins.

Mme la rapporteure. L'amendement est déjà satisfait : il n'est pas possible d'établir une liste exhaustive de ces différentes activités, d'autant que l'adverbe « notamment » figurant dans l'amendement est juridiquement fragile. L'article L. 6114-3 du code de la santé publique dispose déjà que les CPOM « des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion ».

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS 7 de M. Jean Leonetti.

Article 7 ter (nouveau) : *Faculté donnée aux établissements publics de santé d'exercer des activités subsidiaires à leurs activités principales*

M. Yves Bur. La modernisation de la gestion hospitalière souhaitée par le législateur requiert des outils plus adaptés, qu'il s'agisse de la gouvernance et de la mise en œuvre d'actions de recherche médicale – et plus généralement de la valorisation industrielle et commerciale des résultats de la recherche –, ou de la gestion du domaine privé des établissements publics de santé, qui nécessite davantage de flexibilité.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la Cour des comptes, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, doit rendre, au premier semestre, ses conclusions sur la gestion du patrimoine privé des hôpitaux. Il paraît raisonnable d'attendre ses conclusions avant d'aller plus loin dans une telle direction, sachant que l'amendement est déjà partiellement satisfait.

M. Pierre Morange. Le rapporteur de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), Jean Mallot, avait déjà préconisé un tel bilan patrimonial, exhaustif, du parc hospitalier français. Lors des auditions, nous avons été stupéfaits de constater l'ampleur du flou artistique, puisque l'on a parlé de quelques dizaines de milliards d'euros. L'exécutif nous ayant fait des réponses dilatoires, il est impératif de réaffirmer notre volonté politique sans attendre un énième rapport. La MECSS a une légitimité toute particulière en ce domaine.

M. Yves Bur. Nous nous plaignons souvent des rigidités des structures hospitalières. En l'occurrence, il s'agit de donner aux établissements des outils pour améliorer leurs performances, par exemple dans la gestion des brevets mis au point dans les centres de recherche. Valoriser le patrimoine privé des hôpitaux leur donnerait des ressources supplémentaires dans le cadre de leur restructuration.

Mme la rapporteure. Ces développements, monsieur Morange, concernent l'amendement AS 119.

Quant à l'amendement AS 7, si j'en approuve l'objectif, j'y suis défavorable car il n'est pas souhaitable d'autoriser les établissements publics de santé à créer des filiales ou à prendre des participations.

Le droit existant offre déjà la possibilité de valoriser la recherche et le domaine privé des établissements publics de santé. Les fondations hospitalières répondent aussi à cet objectif.

Quant au patrimoine, des formules telles que les baux emphytéotiques hospitaliers ou les contrats de partenariat permettent d'associer des partenaires publics et privés. Faire appel à d'autres personnes morales risque de complexifier le pilotage des établissements. Reste qu'il faut effectivement clarifier la gestion du patrimoine.

La Commission adopte l'amendement AS 7.

Article 7 quater (nouveau) : *Établissement d'un bilan patrimonial annuel pour les établissements publics de santé*

Elle en vient à l'amendement AS 119 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement, qui correspond à une recommandation de la MECSS, toutes sensibilités confondues, a été exposé par M. Morange.

M. Jean Mallot. La préconisation du rapport de la MECSS est de bon sens : il est logique que le Conseil de surveillance ait connaissance de l'état du patrimoine immobilier de l'établissement, notamment dans le cadre du projet médical et de l'hôpital du futur.

M. Pierre Morange. L'amendement pourrait être cosigné par l'ensemble des membres de la MECSS et de la Commission des affaires sociales. Compte tenu de nos

contraintes budgétaires, cette mesure est hautement stratégique : elle permettrait notamment de financer les engagements du Gouvernement pour le plan « Hôpital 2012 ».

Mme la rapporteure. Il existe déjà des possibilités, même si l'on peut aller plus loin et saluer, en ce sens, l'intention de cet amendement. L'article L. 6143 du code de la santé publique dispose que le directeur, après concertation avec le directoire, arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ». Un autre article du même code prévoit que « les modalités et le cadre de présentation du compte financier » des établissements de santé « sont arrêtés par les ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale » ; par ailleurs, l'arrêté du 19 octobre 2006, relatif au compte financier des établissements publics de santé, détaille la « gestion patrimoniale et financière » des hôpitaux à travers plusieurs rubriques – certes moins détaillées que celles applicables aux cliniques privées –, comme les immobilisations corporelles, les terrains de construction ou les installations techniques.

Cela dit, je suis favorable à l'amendement.

La Commission adopte l'amendement AS 119.

Elle examine ensuite l'amendement AS 24 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Les établissements publics de santé ne disposent pas de dispositifs innovants d'intéressement financier de leurs personnels. Cet amendement tend à encourager l'intéressement des personnels, en précisant les modalités de cet intéressement.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement est inacceptable. À moins d'être de mauvaise foi, vous savez bien que ces établissements remplissent des missions de service public auprès de populations précaires. Comment parler de rendement ou de performance pour les patients, qui sont tous des cas singuliers ? On sait, de surcroît, que les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), viennent de plus en plus souvent combler les « trous » des hôpitaux, et que le personnel hospitalier n'a plus les moyens d'assurer l'éducation thérapeutique dans de bonnes conditions.

La santé n'est pas une marchandise.

M. Jean-Pierre Door. La mesure, que je soutiens, était préconisée par le rapport Larcher. Je m'associe donc à l'amendement.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la loi du 5 juillet 2010, relative à la rénovation du dialogue social, permet déjà de tels dispositifs d'intéressement. Elle dispose qu'« une prime d'intéressement tenant compte de la performance collective des services peut être attribuée aux agents titulaires et non titulaires des établissements mentionnés ».

Selon l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, le directeur, après concertation avec le directoire, définit les modalités d'une politique d'intéressement ». Ces modalités relevant du domaine réglementaire, nous pourrions interroger le ministre sur l'état d'avancement des mesures d'application sur ce point.

Le rapport Larcher avait effectivement souligné l'intérêt de tels dispositifs, qui ont leur importance pour le dialogue social.

M. Jean Mallot. Hier, Jean Leonetti et moi-même sommes tombés d'accord pour dire que la tarification à l'activité est par nature inflationniste. Dans ces conditions, il faut tout particulièrement veiller à la pertinence des soins. Des mesures d'intéressement aussi directes exposent à des dérives catastrophiques : il ne faut donc surtout pas voter l'amendement.

La Commission rejette l'amendement AS 24.

Article 8

La Commission maintient la suppression de l'article 8.

Article 9 A (nouveau) : Participation du Directeur de la caisse d'assurance maladie aux séances du Conseil de surveillance des hôpitaux

Elle examine d'abord l'amendement AS 19 de M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Il est matériellement impossible aux directeurs de caisses primaires d'assurance maladie d'assister à tous les conseils de surveillance des hôpitaux, comme le prévoit la loi HPST. Je propose qu'ils puissent s'y faire représenter.

Mme la rapporteure. Avis favorable, sous réserve de la suppression du dernier alinéa, car un décret en Conseil d'État serait une procédure bien trop lourde.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

Elle examine ensuite les amendements AS 70, AS 71 et AS 64 de M. Jean-Louis Prél.

Mme la rapporteure. Je rappelle que la présente proposition de loi ne concerne pas le titre I^{er} de la loi HPST, puisque l'on attend le rapport du comité chargé du suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, qui sera remis en juin. En conséquence, je propose à M. Prél de retirer ses amendements.

M. Jean-Luc Prél. Je sais bien que le ministre s'est engagé à consacrer un texte de loi aux établissements de santé, mais s'il faut attendre le rapport de MM. Fourcade et Door, cela ne pourra pas être fait avant l'élection présidentielle ! Autant profiter de ce texte, qui vise à toiletter la loi HPST, pour améliorer ce qui peut l'être.

Mme la rapporteure. Interrogez le ministre : suivant sa réponse, vous pourrez toujours déposer vos amendements au titre de l'article 88. En discuter aujourd'hui me paraît prématuré.

M. Jean-Luc Prél. Je retire mes amendements, mais je vous signale que les praticiens hospitaliers ne sont pas satisfaits de la situation actuelle.

Les amendements AS 70, AS 71, AS 64 et AS 139 sont retirés.

Article 9 B (nouveau) : Coordination

La Commission adopte l'amendement de cohérence AS 192 de la rapporteure.

Article 9 : Fondations hospitalières

La Commission examine les amendements identiques AS 193 de la rapporteure et AS 6 de M. Jean Leonetti.

M. Yves Bur. Il convient de rétablir l'article 9, qui vise à améliorer le fonctionnement des fondations hospitalières.

La Commission adopte les amendements.

L'article 9 est ainsi rétabli.

Article 9 bis A : Bilan de la prévalence des actes chirurgicaux

La Commission est saisie de l'amendement AS 194 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement apporte plusieurs aménagements au dispositif adopté par le Sénat. Il propose de confier la mission de publier un bilan annuel de l'activité des établissements de santé aux agences régionales de santé, qui sont chargées de les piloter et disposent d'une connaissance fine du terrain. En outre, il prévoit d'y inclure des informations sur les séjours réalisés en établissements de santé. Enfin, il précise que le bilan est établi sur la base des informations figurant dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

M. Jean-Luc Prével. J'ai déposé un amendement presque identique.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 9 bis A est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS 56 de M. Jean-Luc Prével n'a plus d'objet.

La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis A.

Article 9 bis BA (nouveau) : Publication des tarifs des praticiens sur les sites informatiques des établissements de santé

Elle examine d'abord l'amendement AS 108 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement avait été adopté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, avant d'être censuré par le Conseil constitutionnel au titre de cavalier social. Dans un souci de transparence, il tend à permettre aux établissements de santé de publier les tarifs des praticiens qui exercent en leur sein. Je propose toutefois de supprimer, dans la deuxième phrase, les mots « s'ils le souhaitent ».

Mme la rapporteure. La rédaction de votre amendement ne me semble pas assez normative : la mesure risque d'être appliquée fort diversement d'un établissement à l'autre.

M. Yves Bur. Dans ce cas, je vous propose de remplacer les mots « peuvent comporter » par « comportent ».

Mme la rapporteure. Avis favorable.

M. Jacques Domergue. Comment un établissement de santé pourrait-il rendre public les tarifs d'un professionnel qui ne lui est pas subordonné, puisqu'il est libéral ? Par ailleurs, les honoraires des praticiens exerçant en secteur II sont, par définition, très différents : il semble difficile de les publier tous !

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

En conséquence, l'amendement AS 144 de M. Christian Paul n'a plus d'objet.

Article 9 bis B : *Expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers travaillant à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer*

La Commission examine l'amendement AS 195 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Les dispositions autorisant des expérimentations n'étant pas pérennes, elles n'ont pas vocation à être codifiées.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 9 bis B est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS 61 de M. Jean-Luc Prével n'a plus d'objet.

Après l'article 9 bis B

La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis B.

Elle examine d'abord l'amendement AS 48 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à garantir aux patients accueillis par un établissement chargé d'une mission de service public, la prise en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur I dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : la première partie de l'amendement est déjà satisfaite par la loi et le secteur conventionnel à caractère optionnel n'existe pas encore.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 32 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de permettre aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) d'accueillir des praticiens hospitaliers détachés. Les restrictions apportées par le décret du 29 septembre 2010 nuisent à l'offre de soins, notamment en psychiatrie.

Mme la rapporteure. Avis défavorable : cela est d'ordre réglementaire. Nous poserons la question au ministre lors de l'examen en séance plénière.

M. Jean-Luc Prével. Pour ce faire, rien ne vaut un amendement !

La Commission rejette l'amendement.

Article 9 bis : *Publication annuelle des liens d'intérêts entre entreprises pharmaceutiques et médecins*

La Commission est saisie de l'amendement AS 155 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. Bien que nous l'ayons très souvent présenté, cet amendement est particulièrement d'actualité, puisqu'il vise à soumettre les membres des professions médicales à une obligation de déclaration des financements obtenus auprès des entreprises du secteur. En croisant ces informations avec celles fournies par les entreprises, on pourra renforcer le contrôle et la transparence.

L'an dernier, certains laboratoires pharmaceutiques n'ont déclaré qu'une infime partie des sommes qu'ils ont versées aux associations de patients. Or, les montants en jeu sont loin d'être anodins ! Lors de son audition à l'occasion de sa nomination à la tête de la Haute autorité de santé, M. Harousseau a déclaré avoir perçu, à titre personnel, 68 456 euros en 2008, 85 724 euros en 2009, et 51 662 euros en 2010, auxquels il convient d'ajouter les sommes reçues indirectement, par l'intermédiaire de son service. Que des spécialistes mettent leurs services à la disposition de l'industrie pour effectuer des tests cliniques, on ne peut que s'en féliciter, mais il faudrait pouvoir contrôler ces relations financières !

Mme la rapporteure. Quoique j'en comprenne la logique, je suis défavorable à cet amendement, car il jetterait le discrédit sur une catégorie de professionnels. Dès lors que le législateur a décidé que des informations doivent être transmises, les entreprises qui dérogeront à cette obligation pourront être sanctionnées.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement de précision AS 176 de la rapporteure.

Elle examine ensuite l'amendement AS 177 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit d'étendre les dispositions de l'article aux autres professions de santé disposant d'un ordre : les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 178 de la rapporteure.

Puis elle adopte l'article 9 bis modifié.

Après l'article 9 bis

La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 9 bis.

Elle examine d'abord les amendements AS 166 à AS 169 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cette série d'amendements tend à mettre en œuvre une proposition que nous avons faite lors de la discussion du projet de loi HPST : interdire tout contact, même indirect, entre les laboratoires pharmaceutiques et les patients en matière d'éducation thérapeutique. En effet, depuis la publication des décrets d'application, les entreprises assaillent les agences régionales de santé afin d'obtenir les programmes d'éducation thérapeutique et tentent, sous couvert de dépister l'asthme, de récupérer les fichiers des patients auprès des collectivités territoriales.

À l'époque, nous avons envisagé la création d'un fonds national dédié à l'éducation thérapeutique, afin d'éviter un financement par des contacts indirects, qui déboucherait inévitablement sur la transmission des fichiers des patients. Cette suggestion fera l'objet d'un amendement ultérieur.

Mme la rapporteure. Si je souscris à vos propos, la rédaction de vos amendements me semble trop radicale.

Le Gouvernement a déjà pris des mesures afin de sécuriser les dispositifs d'éducation thérapeutique. Il est interdit aux entreprises pharmaceutiques d'élaborer ou de mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement : seuls les professionnels de santé peuvent le faire – même si des entreprises peuvent participer aux financements.

Par ailleurs, il serait très compliqué d'interdire tout contact indirect. Tant que l'on ne s'est pas prononcé sur le fonds que vous appelez de vos vœux, cela reviendrait à condamner une grande partie des programmes d'éducation thérapeutique.

Mme Catherine Lemorton. Vous admettez donc que l'éducation thérapeutique est aujourd'hui essentiellement financée par l'industrie pharmaceutique...

Afin de vous faire prendre conscience de la gravité de la situation, je vous donnerai un exemple précis. Le laboratoire GlaxoSmithKline, spécialiste mondial des aérosols contre l'asthme, a proposé à la municipalité de Toulouse de mettre à la disposition des pharmaciens une documentation afin de détecter les logements générateurs d'asthme. Nous ne sommes pas chez les Bisounours : en réalité, l'objectif était d'avoir accès aux coordonnées des malades. Heureusement que les syndicats de pharmaciens ont été vigilants !

Mme la rapporteure. Même s'il est imparfait, le système actuel a le mérite d'exister. Nous n'allons pas supprimer tous les dispositifs d'éducation thérapeutique !

Mme Catherine Lemorton. Ces amendements sont en effet liés à la création du fonds national.

M. le président Pierre Méhaignerie. Madame Lemorton, je vous suggère de retirer vos amendements et, après discussion avec la rapporteure, d'en proposer une nouvelle rédaction dans le cadre de l'article 88.

Mme Catherine Lemorton. Soit.

Les amendements AS 166 à AS 169 sont retirés.

La Commission examine l'amendement AS 154 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises du secteur sont déclarées auprès des ordres professionnels, mais elles ne sortent pas de leurs tiroirs. Nous souhaitons qu'elles soient rendues publiques.

M. Jean-Pierre Door. À la suite de l'affaire du Mediator, le ministre s'est engagé à réformer les relations entre les professionnels de la santé et les industries du médicament. Pourquoi ne pas attendre ses propositions ?

Mme la rapporteure. Avis défavorable : l'amendement est satisfait par l'article 9 *bis* qui prévoit justement de rendre publiques ces conventions.

Mme Catherine Lemorton. Non, car celui-ci confie aux conseils des ordres concernés, et non aux pouvoirs publics, la responsabilité de rendre publics les conflits d'intérêts.

La Commission rejette l'amendement.

Article 9 *ter* (nouveau) : *Suppression de l'obligation d'informer le laboratoire princeps d'une demande d'autorisation de mise sur le marché d'un générique*

Elle examine ensuite les amendements AS 171 et AS 172 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Ces deux amendements visent à lutter contre les stratégies élaborées par certains laboratoires afin de retarder la mise sur le marché des médicaments génériques. Le rapport de l'enquête de la Commission européenne est éloquent à ce sujet. Il y va des comptes publics.

M. Jean-Pierre Door. Ces sujets sont actuellement discutés aux Assises du médicament. Ne mettons pas la charrue avant les bœufs !

Mme Catherine Lemorton. Tous les arguments sont bons !

Mme la rapporteure. Lors de l'examen du PLFSS pour 2011, la Commission avait adopté l'amendement AS 171 et rejeté l'amendement AS 172. Je suis donc favorable à l'amendement AS 171.

Par ailleurs, M. Door a raison : les Assises du médicament sont en cours, une mission d'information travaille sur le sujet et un texte spécifique sera présenté à l'issue de ces travaux. Nous aurons tout loisir d'approfondir la question.

Mme Catherine Lemorton. Encore du temps perdu ! Voilà trois ans que nous présentons ces amendements. L'enquête de la Commission européenne, qui a eu le courage de faire des perquisitions dans les sièges sociaux des laboratoires, n'aurait-elle aucun poids ? Il serait dommage que la France reste à la traîne alors qu'elle donne des leçons à la terre entière !

M. Jean Mallot. Quel talent, dans la majorité, pour repousser sans cesse les décisions ! Les préconisations du rapport de la MECSS ont été adoptées à l'unanimité ; elles

ont donné lieu à des amendements, qui ont eux-mêmes été adoptés à l'unanimité par la Commission des affaires sociales avant d'être rejetés en séance à cause du fait majoritaire. On nous oppose maintenant les Assises du médicament et le rapport sur le Médiateur – et, pendant ce temps, les affaires continuent...

*Suivant l'avis de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement AS 171 et **rejette** l'amendement AS 172 de Mme Catherine Lemorton.*

Article 9 quater (nouveau) : Apparence et texture des médicaments génériques

Elle examine ensuite l'amendement AS 110 de M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement, qui avait été adopté à l'occasion de l'examen du PLFSS, avant d'être censuré par le Conseil constitutionnel, vise à faciliter la promotion du générique, en lui permettant d'avoir la même forme, la même couleur et la même texture que le médicament princeps.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

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

*Puis elle **rejette**, suivant l'avis de la rapporteure, l'amendement AS 164 de Mme Catherine Lemorton.*

Article 9 quinquies (nouveau) : Information du public par les sites informatiques publics dédiés à la santé et aux médicaments

Elle examine ensuite l'amendement AS 163 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Nos concitoyens s'informent de plus en plus auprès de sites non certifiés, dont on ignore tout. Il serait bon que, sur ces sites, une page d'accueil signale à l'internaute que, pour obtenir des informations objectives, il doit s'adresser aux autorités compétentes que sont l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou la Haute Autorité de santé.

Mme la rapporteure. Cette mesure risque d'être difficile à appliquer ! Avis favorable, cependant.

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

*(M. Pierre Morange, vice-président de la Commission, remplace
M. Pierre Méhaignerie à la présidence de la séance)*

Article 9 sexies (nouveau) : Appréciation de l'amélioration du service médical rendu avant l'autorisation de mise sur le marché.

La Commission examine l'amendement AS 162 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Cela fait des années que nous demandons qu'avant d'autoriser une mise sur le marché, on compare le nouveau médicament avec les stratégies thérapeutiques existantes pour la même pathologie. Lors de l'examen du PLFSS, on nous a répondu que cela risquait de déstabiliser le système !

Prenons l'exemple du Multaq, qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu par rapport au générique ; Sanofi-Aventis a fait appel auprès de l'Agence du médicament, qui a estimé que, dans certains cas, il pouvait être efficace. Résultat : il a été mis sur le marché à six fois le prix du générique. Et l'on se plaint que les comptes publics soient dans le rouge !

Mme la rapporteure. Il y a de quoi être partagé : d'un côté, on ne peut que souscrire aux préconisations du rapport de la MECSS ; de l'autre, les Assises du médicament sont en cours. Je vous propose d'émettre un avis favorable sur les amendements qui reprennent les préconisations de la MECSS, et de regarder d'ici à l'examen en séance publique quels sont ceux qui pourront être acceptés avant la fin des Assises du médicament.

M. Pierre Morange, président. En tant que co-président de la MECSS, je suis favorable à ces amendements ; s'ils avaient été adoptés plus tôt, nous aurions évité bien des débats sur la pharmacovigilance. On ne peut que regretter le retard pris dans la mise en œuvre des préconisations de la MECSS, d'autant que nos collègues du Sénat avaient formulé des propositions similaires. Je suggère que, pour leur donner davantage de poids, les amendements issus des préconisations de la MECSS soient repris de manière collective.

La Commission adopte l'amendement.

Article 9 septies (nouveau) : *Classement par la HAS des médicaments en fonction de l'amélioration du service médical rendu*

Elle examine ensuite l'amendement AS 165 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Dans un souci d'aide à la prescription, cet amendement tend à classer les médicaments en fonction du niveau d'amélioration du service médical rendu.

Mme la rapporteure. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 170 de Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. L'exemple du Multaq montre qu'il suffit qu'une entreprise signe une convention pour échapper à l'application du taux K – ce qui avait fait dire en 2007 à M. Philippe Séguin que le rendement de cette taxe était nul. L'entente sur les prix se fait sans aucune transparence. Il conviendrait de renforcer le contrôle démocratique sur le Comité économique des produits de santé (CEPS), afin que l'on sache ce qui s'y passe. Nous proposons donc d'y associer des parlementaires.

M. Yves Bur. Je partage votre souci de transparence, mais soyons réalistes : le CEPS se réunit quasiment toutes les semaines, et les parlementaires ne peuvent pas être partout !

En revanche, le CEPS ne rend compte au Parlement que sous la forme d'un rapport annuel, certes de bonne qualité, mais très général. Ne pourrait-on pas mettre en place un conseil de surveillance ?

Mme Jacqueline Fraysse. Ce qui est sûr, c'est qu'on ne peut pas se satisfaire de la situation actuelle : nous avons besoin, au-delà du rapport annuel, d'être informés du contenu des débats.

M. Pierre Morange, président. Même si cette demande d'une plus grande transparence est légitime, le contenu de l'amendement trouverait une meilleure place au sein d'une réflexion globale sur la réorganisation des agences sanitaires.

M. Jean Mallot. La suggestion de M. Bur – mettre en place une forme de conseil de surveillance du CEPS – pourrait aisément trouver à s'appliquer : il suffirait de déposer un amendement que la Commission examinerait lors de sa réunion au titre de l'article 88.

M. Yves Bur. Rien ne presse, car nous devons veiller à ce que la gouvernance des agences et de gestion du médicament reste cohérente. Mais il est vrai que la question du regard du Parlement se pose.

Par ailleurs, nous n'avons pas vocation à exercer un pouvoir exécutif. Le CEPS n'est pas seulement un comité d'acheteurs : il est piloté par l'État, qui y compte un certain nombre de représentants. Certains d'entre eux, issus du ministère de l'industrie, ont également le souci de la préservation des emplois dans le secteur pharmaceutique. Naturellement, il ne peut être question de sacrifier les intérêts des malades aux intérêts économiques. L'équilibre entre ces deux exigences est compliqué à trouver, et c'est pourquoi la transparence est essentielle.

M. Guy Malherbe. Il serait difficile aux parlementaires d'assister aux réunions du CEPS. En revanche, un rapport pourrait être rendu régulièrement sur les décisions qui y sont prises, et notre Commission pourrait procéder à l'audition du président du Comité lorsque celui-ci prend des décisions importantes, ou bien de façon régulière, selon un rythme à déterminer.

M. Jean-Pierre Door. Je ne vois pas bien ce que des parlementaires pourraient faire au sein du CEPS, qui est un organisme très technique. Par ailleurs, je rappelle que le Comité travaille en lien avec la Haute autorité de santé, dont une des missions est justement de déterminer quels médicaments offrent le meilleur service médical.

En outre, le médicament cité par Mme Lemorton n'est pas tout à fait comparable à son équivalent générique : la dronédarone n'a pas la même action que l'amiodarone, puisqu'elle permet, dans le cas de certaines fibrillations d'arythmie, d'éviter des troubles secondaires affectant la thyroïde. Elle ne mérite donc pas nécessairement d'être jetée aux orties.

Mme Catherine Lemorton. N'oublions pas que des cas mortels d'insuffisance hépatique ont été relevés.

J'entends l'argument selon lequel les députés n'ont pas à se mêler de ce qui relève de l'exécutif, surtout dans un domaine aussi technique. Je retire donc l'amendement, avec l'intention d'en proposer une nouvelle rédaction. Mais je rappelle qu'à l'occasion de l'examen du PLFSS, nous sommes amenés à prendre des décisions à propos du « taux K », lequel dépend de conventions sur lesquelles nous n'avons aucune prise, ou à propos de l'enveloppe « médicaments » de l'ONDAM de ville, alors que nous ignorons comment sont fixés les prix. Essayons d'être cohérents !

L'amendement est retiré.

Article 10 : Réforme de la réserve sanitaire

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 179 de la rapporteure.*

*Suivant l'avis favorable de cette dernière, elle **adopte** également l'amendement AS 122 de M. Dominique Tian.*

*Elle **adopte** enfin l'article 10 **modifié**.*

Article 11 : Lutte contre la propagation internationale des maladies

La Commission est saisie de l'amendement AS 123 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement vise à préciser le texte de l'article afin de ne pas faire obstacle à une indemnisation de l'exploitant du moyen de transport concerné.

Mme la rapporteure. Apparemment, rien n'empêche l'État de compenser les pertes subies par les transporteurs en cas d'attentat terroriste, par exemple. Je suis d'accord sur le fond, mais il faudrait une meilleure rédaction.

*L'amendement est **retiré**.*

*La Commission **adopte** l'article 11 **sans modification**.*

Article 12 : Dispense du consentement exprès des personnes concernées par le transfert à des tiers des données de santé à caractère personnel déjà collectées par les établissements de santé

M. Pierre Morange, président. Le Sénat a supprimé l'article 12.

La Commission examine l'amendement AS 196 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit de rétablir la présomption de consentement au transfert à un tiers de données de santé à caractère personnel pour les patients dont la sortie a déjà été prononcée.

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

*En conséquence, l'article 12 est ainsi **rétabli**.*

Article 12 bis (nouveau) : Report du terme de l'expérimentation du dossier médical sur support portable

La Commission est saisie de l'amendement AS 95 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'Assemblée nationale a adopté il y a quelques mois une proposition de loi relative à l'expérimentation du dossier médical sur tout support portable numérique sécurisé pour les patients atteints d'affections de longue durée. Afin de laisser au Sénat le temps de l'examiner, il convient de reporter au 31 décembre 2013 l'échéance de cette expérimentation.

Mme la rapporteure. Très favorable, car nous devons avancer sur le sujet du dossier médical personnel.

La Commission adopte l'amendement.

Article 13 : *Fixation de la dotation annuelle de financement de l'Institution nationale des invalides*

M. Pierre Morange, président. Le Sénat a supprimé l'article 13. Je ne suis saisi d'aucun amendement visant à le rétablir.

Après l'article 13

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 13.

Elle examine d'abord les amendements identiques AS 35 de M. Jean-Luc Prével et AS 129 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. La loi HPST a institué le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif – ESPIC – et prévu des dispositions transitoires pour les établissements de santé privés à but non lucratif. Il convient d'intégrer ces nouvelles références dans la rédaction de l'article 1382 C du code général des impôts. Cet amendement participe de la nécessaire démarche d'harmonisation fiscale.

Mme la rapporteure. Une disposition qui modifie le code général des impôts n'a pas sa place dans la proposition de loi. Du reste, une nouvelle exonération de taxe foncière ne paraît guère opportune dans la situation actuelle.

M. Dominique Tian. Par définition, l'administration fiscale ne peut être d'accord avec une proposition conduisant à une perte de recettes. Il n'en demeure pas moins que la différence de traitement entre établissements et services publics et privés non lucratifs pose un problème d'équité.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS 158 de M. Christian Paul.

M. Jean Mallot. Il s'agit de prendre en compte des caractéristiques régionales dans la régulation prix-volume.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, elle est saisie de l'amendement AS 161 du même auteur.

M. Jean Mallot. Nous souhaitons que les crédits attribués à l'enveloppe MIGAC – missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation – ne soient pas gelés en 2011.

Mme la rapporteure. L'amendement est inutile, puisque le ministre s'est déjà engagé dans ce sens.

M. Jean Mallot. Curieux argument.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 120 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je propose de rétablir un équilibre dans les dispositions financières relatives aux échéances de la convergence tarifaire entre établissements publics de santé et établissements privé non lucratifs. La référence à l'échéance de renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue une inégalité de traitement au détriment de ces derniers établissements.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il me paraît important de conserver une certaine souplesse et de laisser une liberté de choix à l'établissement.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 138 du même auteur.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Cela étant, la question du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est importante. Il ne serait donc pas inutile d'aller plus loin sur cette question très technique en consultant l'ensemble des représentants du secteur hospitalier.

M. Dominique Tian. Nous aurons ce débat dans l'hémicycle.

La Commission rejette l'amendement.

Article 14 A: *Aménagement des dispositions relatives au Groupement de coopération sanitaire*

La Commission est saisie de l'amendement AS 124 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il concerne les groupements de coopération sanitaire – mais une fois de plus, le vrai débat aura lieu en séance publique.

Mme la rapporteure. Cet amendement très technique pose un certain nombre de questions : qui est le responsable de la prise en charge des patients ? Quel est le circuit de facturation ? Mais rétablir la possibilité d'exploitation par les membres d'un GCS d'une autorisation d'activité de soins restant détenue par l'un des membres, sans que le groupe soit pour autant titulaire de l'autorisation et érigé en établissement de santé, n'est pas, en dehors des cas d'expérimentation, conforme au droit des autorisations sanitaires.

En outre, la rédaction que vous proposez pour l'article remet en cause la possibilité pour les membres de GCS de moyens public-privé de choisir librement la nature juridique de leur groupement, un assouplissement pourtant salué par toutes les fédérations.

M. Dominique Tian. Le problème est que les agences régionales ne sont pas d'accord entre elles. Une harmonisation est nécessaire.

Mme la rapporteure. Il faut en débattre avec le ministre à partir d'exemples précis. Cependant, mon avis est défavorable en l'état.

La Commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** également l'amendement AS 126 du même auteur.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 57 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Il convient de simplifier les dispositions relatives aux structures de coopération pour renforcer la stratégie de groupe. Cela s'applique aux GCS détenteurs d'autorisation de soins, qui ont désormais vocation à se transformer en établissements de santé. Je propose donc d'assouplir les modalités de choix du statut juridique des GCS de moyens et des GCS détenteurs d'autorisation de soins.

Mme la rapporteure. L'amendement est satisfait : il ne fait que reprendre les termes du texte adopté par le Sénat.

*L'amendement est **retiré**.*

Puis, la Commission en vient à l'amendement AS 33 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement concerne les GCS de moyens, qui constituent des instruments de coopération.

Mme la rapporteure. Avis défavorable, sur cet amendement comme sur le suivant : nous devons d'abord en débattre avec le ministre.

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

*Elle **rejette** également l'amendement AS 34 du même auteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 14 A **sans modification**.*

Article 14 A bis (nouveau) : *Autorisation donnée aux groupements de coopération sanitaires de créer un dépôt de sang*

La Commission examine l'amendement AS 199 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Je propose d'autoriser les GCS à créer un dépôt de sang, notamment pour éviter l'ouverture de deux dépôts de sang contigus dans des établissements de santé imbriqués physiquement ou géographiquement très proches.

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

Article 14 A ter (nouveau) : *Dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie*

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS 4 de M. Jean Leonetti et AS 60 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur. Il convient d'organiser un dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie, afin de dépasser le clivage entre médecine de ville et hôpital et d'optimiser l'utilisation des installations.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement AS 60 a le même objet.

Mme la rapporteure. Lors de l'examen du PLFSS pour 2011, la ministre de la santé avait indiqué qu'une réflexion était en cours sur l'évolution du régime d'autorisation des équipements lourds – IRM, scanners et tomographie par émission de positons –, l'idée étant de permettre le regroupement de plusieurs équipements dans une même autorisation, en lien avec la gradation de l'offre territoriale de soins et d'imagerie. Cette démarche devrait aboutir à court terme, à l'horizon 2011-2012. Il ne me paraît donc pas opportun de lancer une expérimentation sur ce sujet.

M. Yves Bur. Au contraire : il faut voter l'amendement pour que les choses avancent.

M. Pierre Morange, président. Quelquefois, il ne faut pas hésiter à « surlégiférer » pour faire avancer les choses.

Mme la rapporteure. Je m'en remets alors à la sagesse de la Commission.

La Commission adopte les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 3 de M. Jean Leonetti et AS 59 de M. Jean-Luc Prével.

M. Yves Bur. Il est proposé de permettre aux établissements publics de santé et médico-sociaux de déterminer librement, au sein d'une communauté hospitalière de territoire, les conditions économiques des actes, prestations et services assurés entre les membres pour leur propre compte. Cela concerne en particulier les laboratoires de biologie médicale.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Je ne sous-estime pas l'importance des enjeux financiers, mais derrière la question des remises entre établissements de santé se pose celle de la nature de l'acte d'examen biologique. L'Europe ne manquerait pas l'occasion de remettre en cause le statut de professionnels de santé pour les biologistes, alors que nous voulons tout faire, au contraire, pour le préserver.

Néanmoins, il est vrai que la situation actuelle n'est pas supportable. Une réponse devra donc être apportée au moment de la ratification de l'ordonnance du 13 janvier 2010 et après une large concertation avec le secteur.

M. Dominique Tian. Cet amendement ne serait pas de nature à rassurer les biologistes, exaspérés par les menaces économiques auxquelles leur profession est confrontée. On les a beaucoup incités à se regrouper pour réaliser des économies d'échelle, mais aujourd'hui, de nombreux laboratoires ont disparu, et la profession est très inquiète. Il convient d'être prudent.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit précisément d'encourager les coopérations entre établissements.

M. Yves Bur. Si nous n'allons pas dans ce sens, les laboratoires seront fragilisés, dans la mesure où ils seront exclus des coopérations organisées au sein des établissements publics.

Mme la rapporteure. Il est vrai que la profession est fragilisée et que ses représentants sont exaspérés. J'insiste donc sur la nécessité de ratifier l'ordonnance sur la biologie médicale et de discuter avec l'ensemble des biologistes.

La Commission rejette les amendements.

Article 14 : *Groupement de coopération sociale ou médico-sociale*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 1 de M. Jean Leonetti.

M. Yves Bur. Le texte de l'article adopté au Sénat risque de compromettre les coopérations médico-sociales existantes.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. L'article a seulement pour objet de clarifier le statut des groupements de coopération sanitaire, pour lesquels la notion de GCSMS – groupement de coopération sociale et médico-sociale – n'a pas vraiment de sens compte tenu de la spécificité du régime d'autorisation prévu par le code de l'action sociale et des familles.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 14 sans modification.

Article 14 bis : *Prorogation des schémas régionaux d'organisation des soins*

La Commission adopte successivement les trois amendements rédactionnels AS 180, AS 181 et AS 182 de la rapporteure.

Elle adopte ensuite l'article 14 bis modifié.

Après l'article 14 bis

La Commission est saisie de l'amendement AS 39 de M. Jean-Luc Prével portant article additionnel après l'article 14 bis.

M. Jean-Luc Prével. Il est nécessaire que l'ARS puisse s'appuyer sur les travaux effectués par les observatoires régionaux de santé, dont je défends le principe depuis très longtemps.

Mme la rapporteure. Avis défavorable sur cet amendement et les trois suivants. Lors de l'examen de la loi HPST, nous avons décidé de ne pas institutionnaliser ces observatoires, souvent de forme associative. Il n'y a pas de raison de changer de stratégie.

La Commission rejette l'amendement.

Elle rejette ensuite successivement les amendements AS 40, AS 41 et AS 42 du même auteur.

Puis M. Jean-Luc Prével retire l'amendement AS 43.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 44 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Les conférences régionales de santé ne peuvent se contenter d'un rôle consultatif : elles doivent pouvoir se prononcer par un vote sur les propositions des agences régionales de santé.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Les conférences régionales de santé et de l'autonomie viennent tout juste d'être installées. Il serait contre-productif de déstabiliser les ARS en modifiant si tôt la nature de leurs missions.

M. Jean-Luc Prével. Il ne s'agit pas de déstabiliser qui que ce soit, mais d'améliorer la loi HPST. Beaucoup de ces conférences regrettent de ne pas jouer un vrai rôle.

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

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS 45 et AS 46 du même auteur.*

Article 14 ter (nouveau) : *Simplification de la procédure d'adoption des projets régionaux de santé*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 183 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. La procédure d'adoption des projets régionaux de santé est excessivement complexe, en particulier s'agissant de la consultation des collectivités locales. L'objet de cet amendement est donc de permettre la publication sous forme électronique du projet de PRS, de faciliter la procédure d'avis en permettant aux communes intéressées de faire connaître leur point de vue à l'ARS sans pour autant imposer une procédure excessivement lourde à l'agence, et de sécuriser le PRS au regard des contestations formelles et des procédures. Ainsi, nous éviterons les recours en nombre excessif ou inutiles.

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

*Puis, M. Jean-Luc Prével **retire** l'amendement AS 47.*

Article 15 : *Budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*

La Commission est saisie de l'amendement AS 190 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Il s'agit de simplifier le circuit de validation des projets financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de la section IV de son budget.

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

*Elle **adopte** ensuite l'article 15 **modifié**.*

Article 16 : *Procédure de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux*

La Commission examine l'amendement AS 184 de la rapporteure.

Mme la rapporteure. Cet amendement propose de réintégrer les services d'addictologie dans le droit commun du régime des autorisations prévu par le code de l'action sociale et des familles.

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

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 36 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement concerne l'application de la procédure d'appel à projets aux transformations d'établissements.

Mme la rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 16 modifié.

Après l'article 16

La Commission examine l'amendement AS 131 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il s'agit de simplifier l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Le développement de cette évaluation, prévu par la loi HPST, est indispensable pour garantir la qualité des services. L'évaluation ne peut porter que sur les établissements eux-mêmes, non sur la structure juridique qui les gère.

M. Dominique Tian. Pourquoi imposer la répétition du même travail administratif à des établissements ayant le même gestionnaire ? Il y a moyen de réaliser des économies administratives et financières importantes.

Mme la rapporteure. Lorsqu'une association est gestionnaire de plusieurs établissements, ce qui compte, c'est la qualité des soins qui y sont rendus, pas celle de la gestion de l'association qui les regroupe – d'autant qu'elle peut avoir son siège dans une autre région. Le problème vient de la rédaction de l'amendement.

M. Dominique Tian. L'amendement précise que les établissements doivent relever du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

M. Pierre Morange, président. D'une part, il est nécessaire d'évaluer la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux ; de l'autre, une mutualisation des fonctions support permettrait de réduire les coûts de fonctionnement des réseaux d'établissements. Je vous suggère d'élaborer avec la rapporteure une nouvelle rédaction, susceptible de concilier ces deux objectifs.

M. Dominique Tian. Sur le plan administratif, analyser les problèmes établissement par établissement constitue une perte de temps.

Mme la rapporteure. Votre proposition paraît compliquée à réaliser compte tenu de l'organisation des établissements. En outre, l'évaluation porte sur les soins directement prodigués aux patients. On peut prévoir un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens commun à plusieurs établissements, mais cela n'a rien à voir avec le contrôle qui y sera effectué.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 136 du même auteur.

M. Dominique Tian. Il convient de lutter contre la complexité inutile en matière de tarification.

Mme la rapporteure. Le code de l'action sociale et des familles prévoit déjà que les conventions collectives ne sont agréées par le ministre qu'après avis de la Commission nationale d'agrément, en tenant compte des dotations limitatives de crédits. Tel qu'il est rédigé, l'amendement paraît donc difficile à appliquer.

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS 135 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le médecin coordonnateur ou le représentant légal de l'établissement doit pouvoir être entendu lors de l'évaluation de la perte d'autonomie de ses résidents.

Mme la rapporteure. Je comprends l'esprit de simplification qui sous-tend cet amendement. Mais on pourrait nous accuser de vouloir soumettre à une logique comptable l'évaluation de la santé du malade, ce qui serait faux. Il est indispensable qu'un médecin soit présent lors de cette évaluation.

M. Dominique Tian. Mon amendement ne cite pas le directeur, mais le représentant légal de l'établissement. Et cette évaluation a d'importantes conséquences financières.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 51 de M. Jean-Luc Prével et AS 134 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Luc Prével. Le législateur a prévu un droit de saisine directe du juge aux affaires familiales pour permettre aux établissements et services sociaux et médicaux sociaux publics de percevoir les montants correspondant à la prise en charge de leurs résidents. Les établissements et services privés non lucratifs, eux, ne peuvent se prévaloir de ce droit. L'objet du présent amendement est de réparer cette anomalie.

Mme la rapporteure. Avis favorable, sous réserve d'insérer le texte des amendements dans le corps de l'article 16.

La Commission adopte les amendements ainsi rectifiés.

Article 16 bis A (nouveau) : *Prise en charge des frais de transport des enfants accueillis dans les centres d'action médico-sociale précoce et les centres médico-psycho-pédagogiques*

Puis elle est saisie des amendements identiques AS 185 de la rapporteure et AS 38 de M. Jean-Luc Prével.

Mme la rapporteure. Il convient de rappeler le droit existant qui confie à l'assurance maladie le soin de prendre en charge les frais de transport des enfants fréquentant

les centres d'action médico-sociale précoce – CAMSP – et les centres médico-psycho-pédagogiques – CMPP.

La Commission adopte les amendements.

En conséquence, les amendements AS 49 de M. Jean-Luc Prével, AS 132 de M. Dominique Tian, AS 50 de M. Jean-Luc Prével et AS 133 de M. Dominique Tian sont satisfaits.

La Commission examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS 5 de M. Jean Leonetti et AS 62 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. En matière d'autorisation, il convient de supprimer la procédure d'appel à projets, très complexe, et qui fait obstacle à la création d'établissements dans le secteur social ou médico-social.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Il est trop tôt pour faire le bilan de la procédure d'appel à projets.

La Commission rejette successivement les deux amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS 159 de M. Christian Paul.

Mme Catherine Lemorton. L'obligation de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit être supprimée. En effet, la contrepartie de cette mesure aurait dû être la pérennisation de l'enveloppe dédiée à l'aide à la contractualisation et l'augmentation de son montant. Or, cette enveloppe a été supprimée en 2010.

Mme la rapporteure. Avis défavorable. Les CPOM sont des outils de modernisation du secteur médico-social que l'on ne saurait rejeter *a priori*. Il est tout à fait normal que les financeurs assignent des objectifs aux opérateurs de terrain et s'efforcent d'optimiser les ressources publiques.

La Commission rejette l'amendement.

Article 16 bis : *Schémas d'organisation sociale et médico-sociale*

La Commission adopte l'article 16 bis sans modification.

Après l'article 16 bis

La Commission est saisie de l'amendement AS 37 de M. Jean-Luc Prével portant article additionnel après l'article 16 bis.

M. Jean-Luc Prével. Depuis la suppression des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale, les schémas régionaux portant sur les CADA et les services mettant en œuvre des mesures judiciaires de protection des majeurs ne font plus l'objet d'une concertation. Le présent amendement vise à réparer cette omission.

Mme la rapporteure. L'amendement est satisfait, puisqu'il reprend les termes du texte adopté par le Sénat à l'article 16 bis.

La Commission rejette l'amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. La suite de la discussion est renvoyée à quatorze heures trente.

La séance est levée à treize heures dix.



Information relative à la commission

La Commission a désigné Pascale Grunny et Arnaud Richard comme membres de la mission d'information sur les risques psychosociaux au travail.

Présences en réunion

Réunion du mercredi 30 mars 2011 à 10 heures

Présents. - M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, M. Gérard Bapt, Mme Gisèle Biémouret, Mme Martine Billard, M. Jean-Louis Borloo, Mme Valérie Boyer, M. Yves Bur, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Georges Colombier, Mme Marie-Christine Dalloz, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jacques Domergue, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Pascale Gruny, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Yves Jégo, M. Guy Lefrand, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, 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 Préel, M. Simon Renucci, M. Arnaud Richard, M. Jean-Marie Rolland, Mme Valérie Rosso-Debord, Mme Françoise de Salvador, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine

Excusés. - Mme Véronique Besse, M. Jean-François Chossy, M. Jean-Patrick Gille, M. Jean-Claude Leroy

Assistaient également à la réunion. - M. Régis Juanico, M. Richard Mallié