

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

X I I I <sup>e</sup>   L É G I S L A T U R E

# Compte rendu

## Commission des affaires sociales

- Examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (n° 3790) (suite) (*MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Mme Bérengère Poletti, M. Denis Jacquat et Mme Martine Pinville, rapporteurs*)..... 2
- Amendements examinés par la commission .....  
..... (*cf. compte rendu n° 04*)
- Information relative à la Commission ..... 38
- Présences en réunion ..... 39

Mercredi  
19 octobre 2011  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 06

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

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



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 19 octobre 2011**

*La séance est ouverte à neuf heures trente.*

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

*La Commission des affaires sociales poursuit l'examen, sur le rapport de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Mme Bérengère Poletti, M. Denis Jacquat et Mme Martine Pinville, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (n° 3790).*

### **Après l'article 35**

*Les amendements AS 81, AS 93 et AS 95 de M. Dominique Tian et AS 128 et AS 131 de Mme Valérie Boyer ne sont pas défendus.*

*La Commission examine l'amendement AS 185 de M. Jean-Luc Prével.*

**M. Jean-Luc Prével.** Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, la régulation par les prix au niveau national s'ajoute à une régulation par les volumes. Or les pouvoirs publics, comme les agences régionales de santé, chargées de mettre en œuvre les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), reconnaissent l'inefficacité d'un dispositif uniquement arithmétique. L'amendement propose d'instaurer une dérogation au système d'objectifs quantifiés, en contrepartie de l'engagement d'une démarche tendant à évaluer la pertinence des actes et des hospitalisations.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.** Avis défavorable. Loin d'être déterminés de manière automatique, les objectifs quantifiés font l'objet de débats contradictoires entre l'établissement et l'agence régionale de santé.

*La Commission rejette l'amendement AS 185.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 258 de Mme Marisol Touraine.*

**Mme Catherine Lemorton.** Depuis 2002, les établissements publics de santé développent régulièrement leurs activités en médecine, chirurgie et obstétrique, avec des tarifs opposables, ce qui n'est pas le cas des établissements privés. L'amendement propose d'apprécier l'évolution de leur activité au regard des missions de service public qu'ils assurent, notamment en termes d'accès aux soins à tarifs opposables.

Faut-il rappeler que l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) a été gelée, alors même qu'elle permet aux établissements publics d'assurer leur mission, notamment en accueillant les plus démunis ? Actuellement, ceux-ci n'ont pas accès aux établissements privés, même à ceux auxquels ont été déléguées des missions de service public pour pallier une carence territoriale dans une spécialité.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Ces dispositions figurent déjà dans l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

**M. Denis Jacquat.** Lors de l'examen de la loi « HPST », nous avons émis un avis très favorable à l'égard de la politique d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Il serait bon de faire le point sur les crédits qui lui ont été attribués à travers les MIGAC.

*La Commission rejette l'amendement AS 258.*

*Elle examine l'amendement AS 451 de M. Yves Bur.*

**M. Yves Bur.** Il s'agit de rétablir la possibilité d'ajuster les prix par rapport aux tarifs des examens de biologie médicale, dans le cadre d'une convention entre les laboratoires de biologie médicale et les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie et d'autres laboratoires. La mesure permettra de réaliser des économies substantielles.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. L'amendement tend à réformer l'ordonnance de janvier 2010 relative à la biologie, particulièrement complexe, alors même que toutes les concertations nécessaires avec les biologistes n'ont peut-être pas encore eu lieu.

*La Commission rejette l'amendement AS 451.*

*Elle étudie l'amendement AS 440 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Les membres de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ont souhaité que celui-ci soit pérennisé, son fonctionnement amélioré et ses missions enrichies. L'amendement vise à transposer ces orientations dans la loi, ce qui facilitera le suivi des dépenses hospitalières publiques et privées, ainsi que l'analyse conjoncturelle de l'activité.

*La Commission adopte l'amendement AS 440.*

*Elle en arrive à l'amendement AS 182 de M. Jean-Luc Prével.*

**M. Jean-Luc Prével.** La loi de financement pour 2006 avait intégré les créations et fermetures d'établissements et les changements juridiques et financiers parmi les éléments constitutifs de la fixation de l'objectif quantifié national (OQN) pour les établissements de soins de suite et réadaptation, ainsi que de psychiatrie. En supprimant les éléments qui servent à fixer cet objectif, la loi de financement pour 2009 a contredit la volonté du Parlement de fonder le plus précisément possible sa fixation. L'amendement propose donc de les rétablir.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Dans un souci de sécurité juridique, il ne convient pas de revenir sur les modifications introduites en 2009.

**M. Jean-Luc Prével.** On peut revenir en arrière quand on a fait une erreur !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La mesure adoptée en 2009 vise à prévenir des risques de contentieux.

*La Commission rejette l'amendement AS 182.*

*Elle examine l'amendement AS 262 de Mme Marisol Touraine.*

**M. Michel Issindou.** L'amendement va dans le sens de la transparence, puisqu'il propose d'intégrer les honoraires médicaux dans le tarif de séjour des établissements privés. Actuellement, le tarif de séjour en hôpital public comprend tout, alors que, dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle. Dans son rapport de 2010, la Cour des comptes note que la distorsion de tarification rend toute comparaison entre les deux secteurs très difficile.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Le rapport de 2011 au Parlement sur la convergence intersectorielle montre que les honoraires des médecins libéraux en établissement sont déjà pris en compte pour le calcul de l'écart salarial entre le secteur public et le secteur privé. En outre, si l'on intègre les honoraires dans les tarifs, on aboutit dans le cadre d'une enveloppe fermée, à une profonde remise en question des conditions de l'exercice libéral de la médecine. Il n'est pas possible de s'engager dans cette voie.

*La Commission rejette l'amendement AS 262.*

*Elle étudie l'amendement AS 439 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Pour améliorer la régulation des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation, l'amendement propose de dissocier le suivi des dépenses de médicaments de celles des dispositifs médicaux implantables. D'autre part, dans un souci de simplification et d'efficience, il tend à améliorer l'articulation de la régulation de la liste en sus, avec celle du contrat de bon usage du médicament et des produits de santé.

*La Commission adopte l'amendement AS 439.*

*Elle en vient à l'amendement AS 441 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je propose de réunir en un seul rapport les données qui figurent actuellement dans trois rapports séparés, portant, le premier sur la tarification à l'activité, le deuxième, sur le bien-fondé du périmètre des MIGAC, et le troisième sur l'avancement du processus de convergence. Cette mesure de simplification donnera une vision plus cohérente des actions menées en terme de financement des établissements de santé.

*La Commission adopte l'amendement AS 441.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 23 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Il s'agit d'apporter plus de clarté à l'appréciation du mécanisme de convergence. L'alignement des tarifs publics sur la somme des tarifs cliniques et des honoraires médicaux est très complexe. Les honoraires étant calculés sur une base propre – celle de la nomenclature – et non sur celle des groupes homogènes de séjour (GHS), il est impossible en pratique de garantir l'égalité des montants facturés. De plus, les honoraires et les tarifs étant fixés en application de règles distinctes, il n'est pas possible de maintenir leur égalité dans le temps.

L'amendement vise donc à rémunérer chaque séjour dans un établissement public sur la base de deux GHS, calculé l'un sur les frais de séjour correspondant aux dépenses hors

honoraires des cliniques, l'autre sur la base des coûts réels moyens des seuls établissements publics correspondant au champ couvert par les honoraires médicaux et les services médico-techniques. La distinction entre ces deux masses permettra de mieux apprécier l'activité médicale réelle de chaque établissement.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. L'amendement, loin de simplifier le système de la tarification à l'activité, le rend au contraire plus complexe. En outre, il ne facilite pas la convergence, puisqu'il distingue deux types de GHS. Leur nombre total étant 2 300, il faudrait prendre en compte 4 600 GHS, ce qui semble impossible.

*La Commission rejette l'amendement AS 23.*

*Elle en vient à l'amendement AS 487 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Dans un souci de simplification, je propose de fixer à un an, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte la prestation, le délai pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements de santé tarifés à l'activité. On corrigerait ainsi l'incertitude qui entache aujourd'hui le constat de réalisation des sous-objectifs de l'ONDAM.

*La Commission adopte l'amendement AS 487.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS 266 de Mme Marisol Touraine et AS 362 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Nous proposons de supprimer le dispositif de convergence tarifaire dans les unités de soins longue durée (USLD). Depuis janvier 2010, leurs lits ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, à la suite de la partition qui s'est étalée sur 2007, 2008 et 2009. La convergence ne se justifie pas, dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des malades ne pouvant pas être hébergées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Réduire les moyens des USLD conduira à licencier les personnels soignants et compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires, ce qui mettra en difficulté toute la filière gériatrique.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. L'article L. 174-6, que cite l'amendement, dispose que le montant des dépenses afférentes aux soins dans les USLD est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général, et que les ministres de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou leurs règles de calcul pour les unités ou les centres de soin de longue durée, tout comme les règles qui permettent de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. Il est important de maintenir le dispositif actuel de convergence, que l'amendement vise à supprimer.

**Mme Jacqueline Fraysse.** L'amendement AS 362 vise également à supprimer le dispositif de convergence, puisque les établissements publics et privés ne remplissent pas les mêmes missions et n'accueillent pas les mêmes publics.

*La Commission rejette les amendements AS 266 et AS 362.*

*Elle en arrive à l'amendement AS 22 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Dans un souci de transparence, je propose d'effectuer un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire. Ce document est essentiel, dans la mesure où les établissements dits « ex OQN » (objectif quantifié national) sont passés en facturation individuelle, celle des établissements « ex DG » (dotation globale) ayant été conçue de façon dérogatoire selon un mécanisme différent. En outre, l'application de la procédure dérogatoire, qui devait initialement s'appliquer à la seule année 2005, a été repoussée au 31 décembre 2008, puis au 1<sup>er</sup> juillet 2011, et enfin au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La demande est légitime, mais elle est satisfaite par le deuxième alinéa de l'article 64 de la loi de financement pour 2011. Si nous ne disposons pas encore du premier bilan de son application, c'est simplement parce que le décret n'a été pris qu'au mois d'août.

*L'amendement AS 22 est retiré.*

*La Commission examine les amendements identiques AS 261 de Mme Marisol Touraine et AS 360 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**M. Jean Mallot.** La loi de financement pour 2010 a repoussé la convergence intersectorielle de 2012 à 2018. Les modalités de détermination des coûts des séjours et des actes sont extrêmement différentes dans les établissements publics et privés, qui n'ont d'ailleurs pas la même vocation. En 2006, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a demandé que les missions de service public, qui pèsent lourdement sur le financement des établissements de santé, fassent l'objet d'une étude. Autant de raisons de refuser la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

**Mme Jacqueline Fraysse.** La convergence tarifaire, contestable sur le fond, s'avère de surcroît inapplicable, en particulier entre des structures qui n'ont ni les mêmes missions, ni les mêmes publics.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. On retrouve le clivage entre la gauche, qui refuse la convergence intersectorielle, et la droite, qui la souhaite. Je rappelle à Jean Mallot que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, où siègent des membres de son groupe, n'a pas contesté le principe de la convergence.

**M. Jean Mallot.** Caricature ! La contestation de la convergence est portée par la Fédération hospitalière de France, présidée encore récemment par Jean Leonetti, qui ne passe pas pour un homme de gauche.

**Mme Catherine Lemorton.** Dans son avis n° 2011-3, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie pointe le risque de dépasser l'ONDAM pour l'activité hospitalière, si celle-ci augmente en 2012, comme cela s'est produit chaque année depuis 2009. Il observe que « *ce dépassement, s'il se poursuivait, pourrait être compensé jusqu'à un certain point par les mises en réserve de dotations qui devraient s'élever à 515 millions au moins en 2012.* » Autant dire qu'une fois encore, les dotations n'iront pas où elles devraient aller !

*La Commission rejette les amendements AS 261 et AS 360.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 24 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Il s'agit toujours de rendre plus transparente la convergence entre les tarifs des hôpitaux et des cliniques. Pour les aligner, il faut compenser intégralement la perte de revenus pour les établissements publics, par des crédits dédiés sous forme d'une dotation de convergence. On garantira ainsi aux établissements leur niveau de ressources. Toute activité supplémentaire générée à compter de la date de l'application de la mesure sera facturée au tarif unique, afin d'isoler la masse financière allouée à l'accroissement de l'activité. La remise en cause des écarts entre les revenus issus de l'histoire propre à chaque secteur et ceux que génère l'activité nouvelle ne peut être que très progressive. L'alignement des tarifs de séjour public sur ceux du secteur privé se traduit en effet par une réduction des ressources de plus de 7 milliards, qui seront compensés sous la forme d'une dotation de convergence.

**Mme Catherine Lemorton.** Jean-Marie Rolland est passé à gauche !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. L'amendement part du principe que les tarifs des cliniques privées, identifiées comme les plus efficaces, seraient la seule cible de convergence, alors que la loi de financement pour 2011 a changé la définition de la cible, qui fait désormais converger vers le tarif le plus bas, qu'il s'agisse ou non de celui des établissements privés.

**Mme Catherine Lemorton.** Pourtant, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) multiplie les campagnes de publicité prétendant que le secteur privé est moins cher que l'hôpital ! La puissance publique ferait bien de veiller à la cohérence des messages qu'elle laisse diffuser.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Les campagnes publicitaires, surtout si elles sont le fait d'établissements privés, ne nous regardent pas...

**Mme Catherine Lemorton.** C'est tout le problème !

*La Commission rejette l'amendement AS 24.*

*Elle aborde l'amendement AS 25 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Il convient de poursuivre les études permettant d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence. Cette dotation représente une enveloppe provisoire, ses ressources ayant vocation à être transférées vers les MIGAC ou à être réintégrées, pour la part correspondant à un strict écart de productivité, dans l'enveloppe « tarifs » au profit des établissements publics et privés, ou remises à la disposition de l'ONDAM.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. L'amendement suppose que la convergence est déjà effective, alors qu'elle n'interviendra qu'en 2018.

**M. Jean Mallot.** Je suis heureux d'entendre Jean-Marie Rolland, après M. Jean Leonetti, développer des arguments identiques aux nôtres, ce qui confirme qu'il existe un débat au sein de l'UMP sur l'opportunité de la convergence.

*La Commission rejette l'amendement AS 25.*

*Elle examine l'amendement AS 94 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Même si l'application de la convergence a été repoussée à 2018, le Gouvernement s'est engagé en 2010 à une convergence ciblée. L'amendement propose qu'on avance dans ce sens.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable. La convergence ciblée ne peut être menée à marche forcée. Des études ayant pointé des écarts de coûts, la Cour des comptes a signalé l'urgence de procéder à des arbitrages. C'est seulement quand nous saurons ceux qu'envisage le ministre que nous pourrons nous orienter vers une convergence ciblée.

**M. Jean Mallot.** La majorité a des états d'âme : elle cherche par tous les moyens à éviter, à cibler ou à travestir la convergence, qu'elle ne juge en fait ni possible ni souhaitable !

**M. Guy Lefrand.** Le rapporteur me semble faire preuve de cohérence, puisqu'il refuse et l'immobilisme et la précipitation. J'approuve cette position médiane.

*La Commission rejette l'amendement AS 94.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 438 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement tend à reporter l'application de la T2A aux ex-hôpitaux locaux au 1<sup>er</sup> mars 2013, afin d'assurer leur pérennité et de prendre en compte leurs spécificités dans le modèle de financement.

**M. Jean Mallot.** Une fois de plus, la majorité est embarrassée par la convergence qu'elle ne veut pas abandonner idéologiquement, mais qu'elle ne sait pas mettre en œuvre. La position médiane exposée par Guy Lefrand a volé en éclats avec les propos du rapporteur.

La gauche, quant à elle, a la volonté de restaurer un véritable service public hospitalier, mis à mal par l'hôpital entreprise voulu par Mme Bachelot.

**M. Guy Lefrand.** J'ai simplement voulu faire preuve de pragmatisme face à l'idéologie.

*La Commission adopte l'amendement AS 438.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 26 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Le modèle de convergence actuel compare les montants payés, tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il convient de préciser que ces derniers sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce qui a été stabilisé l'an dernier.

**M. Jacques Domergue.** Les dépassements d'honoraires doivent être inclus dans le processus de convergence, sinon, le système ne sera ni transparent ni équitable.

**M. Jean Mallot.** Cette déclaration vaut soutien rétrospectif à notre amendement AS 262. Cela mérite une seconde délibération !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Les ministères travaillent actuellement sur le périmètre de la convergence, y compris s'agissant des groupes homogènes de séjour.

*La Commission rejette l'amendement AS 26.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS 34 de M. Jean-Marie Rolland, AS 125 de Mme Valérie Boyer, et AS 195 de M. Jean-Luc Prével.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Des perspectives de nouveaux modes de financement pour les activités de psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé avaient été introduites dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2011. Il semble nécessaire de prolonger la période d'expérimentation d'au moins deux ans pour permettre la conduite des expérimentations préalables aux réformes tarifaires.

**Mme Valérie Boyer.** Le ministère de la santé a indiqué, en effet, que le projet d'engager une première phase en 2012 sur les molécules onéreuses et sur quelques missions d'intérêt général était reporté à la suite d'un arbitrage gouvernemental. Je propose donc de proroger la période d'expérimentation d'au moins deux ans, afin de permettre la poursuite des travaux préparatoires, notamment pour la conduite des expérimentations préalables aux réformes tarifaires.

Par ailleurs, le « point IVA » (indice de valorisation de l'activité en SSR) n'a fait l'objet d'aucune amélioration technique depuis trois ans, au nom de la « mise en place de la T2A en SSR en 2012 ». C'est pourquoi je propose d'orienter l'évolution des dotations annuelles de financement sur la base d'un taux directeur national tenant compte de l'évolution des salaires et des prix.

**M. Jean-Luc Prével.** Les perspectives de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé avaient été introduites sur le fondement de l'article 77 de la loi de financement pour 2007.

L'élaboration technique nécessaire n'ayant pu être mise en place, il faut proroger la période d'expérimentation.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Il n'est pas souhaitable de retarder le passage à la tarification à l'activité, prévu au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

D'ailleurs, le rapport du Gouvernement sur la T2A montre que l'ensemble des travaux préparatoires menés en concertation avec les fédérations et les établissements du secteur permettra d'atteindre l'objectif du passage effectif de la T2A en soins de suite et de réadaptation en 2013.

S'agissant du « point IVA », il conviendra d'interroger le ministre sur les modalités permettant de continuer l'application de ce modèle intermédiaire.

**M. Jean Mallot.** Après avoir tenté de remettre en cause la convergence intersectorielle, la majorité souhaite reporter l'application de la T2A, d'abord pour les ex-hôpitaux locaux, ensuite pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation. En réalité, elle mesure la complexité et les effets pervers de la T2A, et reporte sa mise en place pour des raisons électorales !

**M. Guy Lefrand.** Le programme du parti socialiste ne mentionne-t-il pas le retour au budget global ?

*La Commission rejette les amendements AS 34, AS 125 et AS 195.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS 20 de M. Jean-Marie Rolland et AS 82 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, je propose une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les secteurs hospitaliers public et privé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

En effet, dans ces activités, les prises en charge sont identiques entre les établissements, quel que soit leur statut. Depuis le 17 avril 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé sans distinction de statut, et les profils des patients sont identiques, quelle que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

**M. Dominique Tian.** En l'occurrence, la survie des établissements est en jeu. Une telle étude s'impose donc.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ces amendements sont satisfaits. Depuis 2009, des données sur les coûts dans les deux secteurs sont disponibles selon une méthodologie commune. En outre, l'année 2009 a marqué l'entrée effective du champ des soins de suite et de réadaptation dans l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) : cet échantillon comprend, pour le champ SSR, 31 établissements publics et 20 établissements privés.

*Les amendements AS 20 et AS 82 sont retirés.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS 79 de M. Dominique Tian et AS 21 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Dominique Tian.** Cet amendement, qui porte sur les soins de suite et de réadaptation, prévoit qu'un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités est défini chaque année.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. On ne peut anticiper sur une réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation qui, pour des raisons techniques, ne pourra pas intervenir avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

*Les amendements AS 79 et AS 21 sont retirés.*

**Article 36 : Création d'un Fonds d'intervention régional**

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 476 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 66 de Mme Anny Poursinoff.*

**Mme Anny Poursinoff.** Il serait cohérent de réserver les financements des politiques menées au travers du Fonds d'intervention régional (FIR) aux structures publiques et privées à but non lucratif.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable, car le FIR est constitué de crédits issus du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui peuvent aujourd'hui financer des établissements privés.

*La Commission rejette l'amendement AS 66.*

*Elle est saisie de cinq amendements identiques, AS 10 de M. Rémi Delatte, AS 37 de M. Jean-Marie Rolland, AS 67 de Mme Anny Poursinoff, AS 347 de Mme Jacqueline Fraysse, et AS 389 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Je propose de mentionner les services médico-sociaux dans les exemples de structures pouvant bénéficier d'aides du FIR.

**M. Rémi Delatte.** Il convient de reconnaître les services médico-sociaux comme des acteurs essentiels du secteur.

**Mme Anny Poursinoff.** Il s'agit de préciser que les services médico-sociaux bénéficient du fonds d'intervention régional, au même titre que les établissements publics et privés non lucratifs.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Soucieux de l'avenir des services médico-sociaux, nous souhaitons que la loi précise qu'ils peuvent bénéficier des crédits du FIR.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable. Le Gouvernement nous a indiqué qu'il était prématuré d'inclure ces services dans le périmètre du FIR, sachant que ce dernier sera susceptible d'évoluer au cours des prochaines années.

**M. Michel Liebgott.** Comme les objectifs de la loi « HPST » et de la T2A conduisent un certain nombre d'établissements dans une impasse totale, vous voulez multiplier les exceptions pour les sauver localement. Ce sont les lois votées en 2003 et 2009 qu'il faut revoir.

*Les amendements AS 10, AS 37, AS 67, AS 347 et AS 389 sont **adoptés**.*

*La Commission examine l'amendement AS 443 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement vise à mentionner explicitement les pôles de santé, les maisons de santé et les réseaux de santé, qui ont naturellement vocation à être bénéficiaires des financements du FIR au titre de leur action pour la qualité et la coordination des soins.

**M. Guy Lefrand.** Nous voulons tous favoriser la promotion des maisons de santé. Cet amendement devrait faire l'unanimité.

**Mme Catherine Lemorton.** Je crains que la fusion de plusieurs fonds en un seul n'entraîne une dilution et un manque de lisibilité.

**M. Michel Liebgott.** Dans ma région, on démonte méthodiquement l'ensemble des maisons médicales qui dépendaient du régime minier, grâce auquel les mineurs et les veuves de mineurs pouvaient être soignés gratuitement par des médecins salariés. Par ailleurs, pour une zone urbaine sensible de la commune dont je suis maire, on me propose des crédits spécifiques.

Autrement dit, on supprime les maisons de santé existantes, tout en multipliant les dérogations là où elles n'existent pas ! Je ne comprends pas la cohérence de cet amendement.

**M. Denis Jacquat.** La création des pôles de santé, des réseaux de santé et des maisons de santé pluridisciplinaires correspond à une demande des médecins de terrain. Quant au régime minier, c'est autre chose.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Le rapporteur a raison de vouloir accorder de la souplesse aux agences régionales de santé. Certains d'entre nous ont même défendu des objectifs régionaux pour les dépenses d'assurance maladie. Ce pays a besoin de plus de souplesse.

**M. Vincent Descoeur.** On pourrait même imaginer que le FIR soutienne les expérimentations des maisons médicales de garde.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** J'ai dit qu'il ne fallait pas charger la barque parce que le FIR est l'émanation du FIQCS et du FMESPP.

Grâce à cette nouvelle structure, les agences régionales de santé bénéficieront de plus de souplesse dans l'organisation de la santé sur le territoire régional. Le médico-social sera inclus, comme le prévoit le texte, mais à terme car il relève des conseils généraux qui ne sont pas encore ciblés par ce fonds.

Enfin, madame Lemorton, un amendement à venir demandera qu'il soit rendu annuellement au Parlement compte de l'utilisation des fonds du FIR.

**Mme Catherine Lemorton.** La rédaction du texte met à égalité les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé. Or les premières bénéficient déjà des aides des collectivités territoriales pour rassembler des professionnels de santé libéraux. Et dans les seconds, la plupart des professionnels de santé sont salariés. La philosophie n'est donc pas la même.

**Mme Bérengère Poletti.** L'excellent rapport de M. Piveteau, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), souligne que 2 milliards d'euros pourraient être économisés par l'assurance maladie grâce à une meilleure coordination entre les hôpitaux, le secteur médico-social, les établissements, les services d'aide à domicile et les professionnels libéraux.

Il me paraît donc indispensable de donner, dès à présent, un signal positif sur ce fonds.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 443.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 477 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle est saisie de l'amendement AS 348 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous ne souhaitons pas que les établissements privés lucratifs bénéficient des crédits publics du FIR.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Le FMESPP s'adresse déjà à la fois aux établissements publics et privés. Soyez assurés qu'il y aura bien transversalité entre public et privé sur le plan régional. Le nouveau FIR n'est que la traduction financière des dispositions de la loi « HPST ».

*La Commission **rejette** l'amendement AS 348.*

*Puis elle **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS 478 à AS 480 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle examine l'amendement AS 96 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Le FIR doit pouvoir financer des actions innovantes afin d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies lourdes.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** L'amendement est satisfait par l'alinéa 7 de l'article 36 qui permet déjà au FIR d'intervenir en matière de coordination des soins.

*L'amendement AS 96 est **retiré**.*

*La Commission examine l'amendement AS 129 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Dominique Tian.** Cet amendement, que j'ai cosigné et auquel Valérie Boyer tient beaucoup, vise à ce que des programmes d'éducation thérapeutique puissent être financés par le FIR.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cela va de soi dès lors que le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) abonde le FIR. Avis favorable donc.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 129.*

*Puis elle examine l'amendement AS 38 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Je propose que le bilan annuel d'utilisation des crédits du FIR par les agences régionales de santé, annexé au projet de loi de financement, fasse état de l'avis recueilli au niveau régional auprès des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je vous propose de retirer cet amendement et de vous rallier à mon amendement AS 344 à venir, qui va dans le même sens.

*L'amendement AS 38 est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS 97 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Dans la mesure où, dans une logique de décloisonnement, le FIR sera amené à financer des projets impliquant le secteur sanitaire et médico-social, il convient de prévoir qu'il reçoive une dotation annuelle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cela serait prématuré. Un financement de la CNSA est prévu, mais à terme seulement.

*L'amendement AS 97 est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS 98 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Dans un souci de transparence, il convient que la clé de répartition entre les différents financeurs du FIR soit fixée par décret.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement est inutile. À travers la loi de finances et la loi financement de la sécurité sociale, on connaîtra tous les ans précisément les apports respectifs de chacun des contributeurs.

*L'amendement AS 98 est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS 99 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Je propose que les ressources du FIR soient centralisées sur le compte bancaire de l'ACOSS. Cela permettrait de se faire une meilleure idée de la trésorerie de ce fonds.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cela n'est pas possible, car le FIR comporte certains crédits d'État, lesquels ne sauraient être versés sur un compte de l'ACOSS.

*L'amendement AS 99 est retiré.*

*La Commission examine les amendements identiques AS 36 de M. Jean-Marie Rolland et AS 218 de M. Jean-Luc Prével.*

**M. Jean-Marie Rolland.** La répartition régionale des crédits du FIR sera fixée chaque année par arrêté sur proposition du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Cet amendement demande que les modalités de la répartition soient précisées en annexe de l'arrêté, afin de justifier les choix budgétaires et les différences constatées entre régions.

**M. Jean-Luc Prével.** Bien qu'on soit encore loin des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) que j'appelle de mes vœux, la création du FIR constitue un premier pas heureux vers la fongibilité des enveloppes.

**M. Jean Mallot.** La majorité se préoccupe de la répartition des crédits du FIR ou du placement de sa trésorerie. C'est légitime, mais elle serait bien avisée de s'assurer que le

fonds sera suffisamment doté. Rien ne garantit pour l'instant que les crédits en provenance du FMESPP, par exemple, ne fondront pas comme neige au soleil dans les années à venir.

*Suivant l'avis favorable de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, la Commission **adopte** les amendements AS 36 et AS 218.*

*Puis elle étudie l'amendement AS 100 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Dans un souci de transparence et d'équité de traitement entre les acteurs, il convient que les crédits du FIR soient alloués par appel à projets sur la base d'un cahier des charges et qu'une convention soit ensuite conclue entre les bénéficiaires et l'agence régionale de santé.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Cela écraserait le dispositif relatif aux règles de prescription et s'inspirant de celles déjà mises en place pour le FMESPP.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 100.*

*Elle en vient à l'amendement AS 444 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door.** Je propose qu'un bilan annuel de l'utilisation des crédits du FIR, indiquant précisément à quoi ils ont été affectés, soit présenté chaque année au Parlement avant le 15 octobre. Cela répondra aux préoccupations exprimées tout à l'heure par Jean-Marie Rolland et Catherine Lemorton.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 444.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 481 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle en vient à l'amendement AS 485 du même auteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Le régime juridique et les modalités de financement de la permanence des soins en établissement de santé ont été modifiés par la loi « HPST ». Un dispositif commun aux secteurs public et privé a été mis en place, fondé sur une contractualisation entre l'agence régionale de santé et les établissements de santé, s'intégrant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. L'amendement prévoit une période transitoire pendant laquelle les agences régionales de santé pourront financer la permanence de soins en établissements de santé privés à but lucratif via la dotation des missions d'intérêt général.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 485.*

*Puis elle examine l'amendement AS 39 de M. Jean-Marie Rolland.*

**M. Jean-Marie Rolland.** La loi pénalise aujourd'hui les établissements de santé privés à but non lucratif qui n'ont pas droit aux aides à la restructuration que peut apporter le FMESPP, notamment les aides individuelles visant à faciliter la mobilité et l'adaptation des personnels lors d'une recomposition ou d'une modernisation. Il ne faudrait pas que cet inconvénient se retrouve avec le FIR. Cet amendement y remédierait.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable. Une erreur a dû se glisser dans votre amendement car l'article du code de la sécurité sociale que vous visez n'existe pas ! Je vous invite donc à le redéposer au titre de l'article 88, après avoir effectué les vérifications nécessaires.

**M. Jean-Marie Rolland.** Bien volontiers. Car sur le fond, le problème demeure.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Que recouvrent ces aides individuelles ?

**M. Jean-Marie Rolland.** Des aides sont prévues pour aider à la mobilité des personnels dans les établissements publics, dans le cas par exemple d'un regroupement de sites ou du transfert d'un site à un autre. Il s'agit de permettre aux établissements privés à but non lucratif de pouvoir en bénéficier également.

*L'amendement AS 39 est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS 221 de M. Jean-Luc Prél.*

**M. Jean-Luc Prél.** Cet amendement, dont je reconnais qu'il est mal placé, mentionnait les services médico-sociaux parmi les structures pouvant être financées, au même titre que les établissements, par le FIR.

*Suivant l'avis défavorable de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 221.*

*Puis elle adopte successivement les amendements de précision AS 482 et AS 483 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle en vient à l'amendement AS 445 du même auteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je propose que le FIR intègre, dès 2012, les crédits consacrés à la permanence des soins des établissements de santé et les aides régionales à la contractualisation, hors investissement, d'ores et déjà gérés par les agences régionales de santé. Cela permettra de rechercher pleinement les complémentarités entre financements aujourd'hui cloisonnés.

*La Commission adopte l'amendement AS 445.*

*Puis elle examine l'amendement AS 175 de M. Jean-Luc Prél.*

**M. Jean-Luc Prél.** Le directeur général de l'agence régionale de santé ne devrait pouvoir répartir l'enveloppe du FIR qu'après avis de la conférence régionale de santé.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable. Cette procédure serait trop lourde.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** La conférence régionale de santé peut toujours formuler des observations *a posteriori* si elle le souhaite.

**M. Jean-Luc Prél.** Je milite depuis longtemps pour qu'on renforce le rôle de la conférence régionale de santé. Il y va de la démocratie sanitaire.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Sans doute. Mais nous nous heurtons trop souvent à des rigidités et des lenteurs, qui entravent les adaptations.

**M. Jean-Luc Prél.** Le souci de démocratie ne doit pas être négligé non plus.

**Mme Anny Poursinoff.** Il faut combattre en effet certaines dérives despotiques.

*La Commission rejette l'amendement AS 175.*

*Puis elle adopte l'article 36 modifié.*

### **Après l'article 36**

*La Commission est tout d'abord saisie de l'amendement AS 181 de M. Jean-Luc Prél.*

**M. Jean-Luc Prél.** Je reviens un instant sur l'amendement précédent. Je ne veux nullement « rigidifier », mais seulement que, dans le respect du principe de décentralisation, on recueille l'avis de chacun des acteurs, notamment des professionnels qui siègent à la conférence régionale de santé. Alors que les agences régionales de santé ont un pouvoir considérable, il n'est pas normal que le conseil de surveillance n'en ait aucun, notamment sur la répartition de l'enveloppe.

J'en viens à l'amendement AS 181. Un rapport devait être remis au Parlement avant le 1<sup>er</sup> octobre 2011 sur l'évaluation de la 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. Il ne l'a pas été. Dans ces conditions, nous souhaitons que le principe soit revu.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Le décret d'application n'a été publié qu'en août. D'où ce retard. Nous demanderons au ministre où en est l'élaboration de ce rapport.

*La Commission rejette l'amendement AS 181.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS 486 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, et AS 496 de M. Yves Bur.*

**M. Yves Bur.** Tout ne peut plus se décider depuis l'avenue de Ségur. Félicitons-nous donc de la mise en place du FIR, qui permettra que les décisions soient prises au plus près du terrain. Mais il faut aller plus loin encore et renforcer l'autonomie de jugement et de décision des agences régionales de santé. On pourrait permettre l'expérimentation, par une ou plusieurs d'entre elles, en liaison avec les caisses primaires d'assurance maladie concernées, de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports urgents effectués par les entreprises privées de transport sanitaire à la demande des SAMU-centres 15. L'objectif est de parvenir à des modulations tarifaires et des modalités de financement plus adaptées aux contextes locaux.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** On observe, en effet, des difficultés sur le terrain entre sapeurs-pompiers, ambulanciers et entreprises de transport public. D'où l'intérêt d'expérimenter en vue d'une organisation plus cohérente des transports urgents.

*La Commission adopte les deux amendements AS 486 et AS 496.*

**Article 37 :** *Expérimentation d'une modulation du forfait soins des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes en fonction de leur performance*

*La Commission est tout d'abord saisie des amendements AS 213 de M. Jean-Luc Prével et AS 349 de Mme Jacqueline Fraysse, tendant à supprimer l'article.*

**M. Jean-Luc Prével.** L'article 37 prévoit une expérimentation de trois ans pour valider les indicateurs de la qualité de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et définir les conditions de modulation des ressources à partir du score obtenu par les établissements. Mais le texte ne garantit pas que seront reconnus le niveau de dépendance et les besoins en soins médico-techniques requis par les résidents. Il en résultera une insécurité financière pour les établissements. Avant d'élaborer de nouveaux critères de modulation sur la base d'outils et d'indicateurs aujourd'hui inconnus, *a fortiori* non encore validés scientifiquement, pourquoi ne pas commencer d'appliquer les éléments de la tarification des EHPAD prévus par l'article 63 de la loi de financement pour 2009, et en évaluer les effets à moyen terme ?

**Mme Jacqueline Fraysse.** Contrairement à ce que le Gouvernement tente de faire croire pour masquer son abandon scandaleux de la réforme de la dépendance, la situation des EHPAD est très loin d'être satisfaisante. Au manque chronique de places s'ajoutent de profondes disparités entre établissements. Il serait donc extrêmement dangereux que leurs ressources soient modulées en fonction du score obtenu pour la qualité de la prise en charge, évaluée à partir d'une batterie d'indicateurs. Cela risquerait d'accentuer encore les inégalités entre établissements, lesquels seraient contraints d'entrer en compétition les uns avec les autres, avec, à terme, une prise en charge à plusieurs vitesses.

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Le rapport d'information de Valérie Rosso-Debord sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ainsi que les quatre groupes de travail sur ce thème mis en place par Mme Bachelot, ont établi que les règles actuelles de tarification ne peuvent durer. Certains établissements n'ont plus les moyens financiers de s'occuper correctement de leurs résidents – Bérengère Poletti, avec qui j'ai visité plusieurs EHPAD en difficulté du fait d'une diminution constante de leurs crédits, le sait bien. On nous dit qu'un cahier des charges national sera approuvé par décret. Pourrions-nous en savoir davantage ? Souvenons-nous de M. Philippe Bas expliquant, lorsqu'il était secrétaire d'État aux personnes âgées, que le ratio personnels/résidents devait être d'un pour un. On n'en est qu'à 0,65, alors même que les résidents sont de plus en plus lourdement dépendants à leur entrée en établissement.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social.** Je suis défavorable à ces amendements. L'article 37 propose une expérimentation tout à fait intéressante. Sur la base du volontariat, des établissements ayant cherché à optimiser l'utilisation de leur forfait soins, en évitant par exemple des hospitalisations, pourront s'en prévaloir pour prétendre au bénéfice des crédits d'une enveloppe supplémentaire. Il s'agit d'une incitation. Contrairement à ce qui est parfois dit, la prise en compte du PATHOS moyen pondéré (PMD) dans le calcul du forfait soins n'a pas fait baisser les moyens des établissements, bien au contraire. Elle a pu entraîner des augmentations allant jusqu'à 20 %. J'ajoute que l'ONDAM médico-social augmentera de 6,2 % en 2012 pour les personnes âgées, 140 millions d'euros étant prévus pour médicaliser 84 000 établissements.

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Afin d'éviter des hospitalisations inutiles, certains EHPAD ont eu recours à la télé-médecine, en partenariat avec des hôpitaux. Cela produit de

bons résultats. Pourtant cela n'a pas empêché un établissement parisien qui travaille avec l'hôpital européen Georges Pompidou de voir ses crédits diminuer.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Précisément, dans un tel cas, l'établissement pourra dorénavant faire valoir cette expérimentation et prétendre à une augmentation de sa dotation.

*La Commission rejette les amendements AS 213 et AS 349.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 390 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure.*

*Elle en vient à l'amendement AS 102 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Je demande que la prise en compte par les agences régionales de santé du GIR moyen pondéré (GMP) et du PATHOS moyen pondéré (PMP) dans l'allocation du forfait soins soit plus stricte, de façon à aider les établissements qui en ont le plus besoin.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Défavorable. Il serait dommage de restreindre le champ de l'expérimentation aux établissements qui sont au plafond, d'autant qu'elle ne concernera que les établissements volontaires.

*La Commission rejette l'amendement AS 102.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 471 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Il s'agit de préciser que l'expérimentation prévue s'effectue dans le respect de la déontologie des professionnels de santé, en particulier des médecins, exerçant en EHPAD.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Le respect de la déontologie s'impose en toutes circonstances. Ne laissons pas accroire qu'elle pourrait n'être pas toujours respectée !

**Mme Catherine Lemorton.** Je partage l'avis de la rapporteure. Pour le reste, n'oublions pas que les inégalités qui ont pu se creuser entre les personnes tout au long de la vie sont encore plus criantes en fin de vie. Avant de faire des comparaisons entre EHPAD, il faudrait tenir compte des caractéristiques de la population qu'ils accueillent.

*La Commission rejette l'amendement AS 471.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS 391 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, et AS 101 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Ces amendements précisent que, dans le cadre de l'expérimentation, la modulation du forfait soins en fonction de la qualité de la prise en charge ne peut intervenir qu'à la hausse.

*La Commission adopte les amendements AS 391 et AS 101.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS 392 et AS 393 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure.*

*Elle adopte ensuite l'article 37 modifié.*

### **Après l'article 37**

*La Commission est tout d'abord saisie de l'amendement AS 219 de M. Jean-Luc Prével.*

**M. Jean-Luc Prével.** Depuis février 2010, les élus de l'Association des départements de France (ADF) et les représentants du Collectif de l'aide à domicile négocient une réforme de la tarification des services d'aide à domicile. Les travaux ont été menés à partir d'un constat partagé sur l'inégalité d'accès à l'aide à domicile sur le territoire et la complexité de son pilotage par les départements. Mme Ratte, dans le rapport qu'elle a remis au printemps dernier à Mme Bachelot, préconise une réforme législative d'ensemble du secteur. Mon amendement vise à sécuriser, sur le plan juridique, la préfiguration de cette réforme dans une dizaine de départements.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** J'ai été chargée par Mme Bachelot d'un rapport sur la tarification des services d'aide à domicile. Le Doubs s'est porté candidat pour expérimenter une nouvelle tarification, mais d'autres départements discutent encore les propositions de l'ADF, lesquelles ne sont donc pas totalement finalisées. L'Inspection générale des affaires sociales, dans son propre rapport, formule des propositions quelque peu différentes. Dans le rapport que je présenterai à la ministre en décembre, je proposerai différentes expérimentations, parmi lesquelles celle souhaitée par l'ADF. Il serait en revanche prématuré d'imposer dès à présent tel ou tel schéma par la loi.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Il est urgent de réformer la tarification des services d'aide à domicile, dont beaucoup sont en grave déséquilibre financier. Quelques liquidations judiciaires ont même été prononcées, provoquant des ruptures d'aide aux bénéficiaires et des suppressions d'emplois. Il faut absolument avancer sur ce sujet d'importance.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Le projet de loi de finances prévoit une enveloppe de 50 millions d'euros, qui sera répartie entre les agences régionales de santé, afin d'apporter une aide ponctuelle aux services en difficulté. Au-delà, il faudra réformer la tarification.

**M. Jean-Luc Prével.** Votre rapport ne sera rendu qu'à la fin de l'année ; la clarification n'interviendra donc, au mieux, que dans le courant de l'année prochaine. Or il y a urgence !

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Le fonds susmentionné permettra d'aider les services en difficulté en attendant la nouvelle tarification.

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Monsieur le président, les années précédentes, vous aviez coutume de déplorer qu'un trop grand nombre de rapports était demandé à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'avère que, sur la question de l'aide à domicile pour les personnes âgées, Bérengère Poletti, Denis Jacquat et moi-même avons beaucoup travaillé dans le cadre de la mission présidée par Valérie Rosso-Debord et que j'ai participé, pendant quatre mois, aux travaux du groupe de travail de Mme Ratte. Certes, il convient de réformer la grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) et le modèle PATHOS, mais j'ai le sentiment qu'on accumule rapport sur rapport

afin de dissimuler le véritable problème, à savoir que les départements n'arrivent plus à financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et que la grande réforme de la dépendance promise depuis des années n'a pas eu lieu.

*La Commission rejette l'amendement AS 219.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS 41 de M. Jean-Marie Rolland et AS 121 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Ces amendements visent à intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coût résultant des sujétions financières tenant à la géographie, comme cela existe déjà dans le secteur du court séjour hospitalier.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Avis défavorable : ce n'est pas aux forfaits soins de prendre en compte les différences de coût du foncier, mais aux forfaits relatifs à l'hébergement. En outre, comme il s'agit d'une enveloppe fermée, toute modulation au bénéfice de certains établissements se ferait nécessairement au détriment des autres.

*La Commission rejette les amendements AS 41 et AS 121.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS 497 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, et les amendements identiques AS 40 de M. Jean-Marie Rolland, AS 120 de Mme Valérie Boyer et AS 196 de M. Jean-Luc Prével.*

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Cela fait plusieurs années que nous attirons l'attention du Gouvernement sur le fait que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supportent des charges sociales et fiscales variables suivant leur statut juridique. Mon amendement tend à demander au Gouvernement de nous remettre un rapport sur le sujet, de façon à ce que l'on puisse apporter les modifications qui s'imposent.

**M. Jean-Marie Rolland.** J'aurais souhaité aller plus loin et introduire dès maintenant des coefficients correcteurs, mais j'espère que l'amendement de la rapporteure nous permettra de réduire les écarts de coûts entre les différents établissements dans les prochaines années.

**M. Jean-Luc Prével.** Nos amendements visent de fait à intégrer, dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes. Nous risquons de perdre du temps avec la rédaction d'un rapport.

**M. Guy Lefrand.** Madame la rapporteure, pourquoi évoquer les seuls EHPAD et SSIAD ? *Quid* des autres établissements et de l'hospitalisation à domicile (HAD) ?

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Je n'ai été saisie d'aucune demande à leur sujet, mais je n'ai aucun *a priori* en la matière. On verra lors de l'examen en séance publique. Vous pourrez proposer un sous-amendement.

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Il est vrai qu'il existe une demande des associations et des centres d'action sociale en ce sens. S'il s'agit de clarifier les choses, je suis d'accord,

mais si l'objectif est de retirer au service public les maigres avantages dont il peut bénéficier par rapport au privé, je m'y oppose.

**M. Dominique Tian.** J'abonde dans le sens de Jean-Luc Prél : il est inutile de demander un rapport supplémentaire, alors que nous disposons du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le sujet. Il est temps de passer à l'action !

*La Commission **adopte** l'amendement AS 497.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** les amendements AS 40, AS 120 et AS 196.*

*Puis elle est saisie, en discussion commune, des amendements AS 394 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 265 de Mme Marisol Touraine et AS 361 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Dans la mesure où la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile a été reportée et que le décret concernant les EHPAD n'a pas été publié, il me semble nécessaire d'avoir une discussion avec le Gouvernement sur cette question compliquée. Dans cette attente, je propose de suspendre durant un an la convergence tarifaire entre les EHPAD.

**M. Jean Mallot.** La date du 31 décembre 2012 ne me paraît pas anodine... Vous dites être favorable à la convergence, mais vous la renvoyez à plus tard, avec des modalités à définir. Au fond, vous êtes contre, mais vous ne voulez pas le reconnaître !

**M. Guy Lefrand.** Je suis déçu par cette proposition, qui n'est pas cohérente avec notre action tant législative que gouvernementale.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Notre amendement vise à abroger le dispositif de convergence tarifaire. Depuis sa mise en place, on ne cesse de nous alerter sur les conséquences d'une réforme qui n'a jamais été débattue sur le fond, et qui n'a pas fait l'objet d'une concertation avec les organisations représentatives du secteur. Bref, on a créé plus de difficultés que d'avancées !

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je suis d'accord. Il faut tenir compte de la réalité du terrain : ce n'est pas seulement « compliqué », cela met en difficulté les établissements et, par conséquent, l'accueil des personnes âgées !

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Avis défavorable sur les amendements AS 265 et AS 361, qui sont des amendements extrémistes. Contrairement à ce que prétend Jean Mallot, je ne suis pas opposée à la convergence tarifaire.

Par ailleurs, je ne peux pas laisser dire que nous avons mis les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées en difficulté, puisque nous avons accru leurs dotations de 70 % en cinq ans. Aucun autre secteur n'a bénéficié d'une telle augmentation !

*La Commission **adopte** l'amendement AS 394.*

*En conséquence, les amendements AS 265 et AS 361 **n'ont plus d'objet.***

*La Commission en vient aux amendements identiques AS 489 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 44 de M. Jean-Marie Rolland et AS 123 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Jean-Marie Rolland.** Ces amendements ouvrent la possibilité d'engager des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé, en accord avec les agences régionales de santé, les conseils généraux et les établissements et services sanitaires. On définirait ainsi des « zones franches », dans lesquelles on pourrait mener des innovations administratives et financières en direction des personnes âgées.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Il s'agit d'une des propositions du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

*La Commission adopte les amendements AS 44, AS 123 et AS 489.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 395 de Mme Bérengère Poletti, rapporteure, AS 43 de M. Jean-Marie Rolland, AS 104 de M. Dominique Tian et AS 293 de Mme Marisol Touraine.*

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Mon amendement pose les bases d'une nouvelle tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), fondée sur les besoins en soins et l'état de dépendance des patients. Il s'agit d'analyser la situation sur le terrain avant la mise en place, dans un an, de la nouvelle tarification.

Je préfère mon amendement, ou celui de Dominique Tian, à l'amendement de Jean-Marie Rolland, car il convient de préciser la date du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**M. Jean-Marie Rolland.** Je me rallie donc à l'amendement de la rapporteure.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Notre amendement est quasiment identique. Nous prenons donc date !

**M. Georges Colombier.** Étant vice-président d'un SSIAD, j'estime que ces amendements vont dans le bon sens.

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Évitions toutefois de répéter les erreurs commises lors de la mise en place du référentiel PATHOS, conçu par quelques technocrates dans un coin de cabinet. Il faudrait qu'avant que le décret tarifaire soit publié, nous puissions examiner les nouvelles grilles et en discuter avec les professionnels.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** J'en suis d'accord.

**M. Denis Jacquat.** Je suis moi aussi favorable à ces amendements fort sages.

*Les amendements AS 43, AS 104 et AS 293 sont retirés.*

*La Commission adopte l'amendement AS 395.*

**Article 38 :** *Plan d'aide à l'investissement 2012 dans les établissements médico-sociaux*

*La Commission adopte l'article 38 sans modification.*

### **Après l'article 38**

*La Commission est saisie de l'amendement AS 267 de Mme Marisol Touraine.*

**M. Michel Issindou.** Cet amendement tend à abroger l'article 63 de la loi de financement pour 2009, qui vise à réformer en profondeur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le projet de décret tarifaire a été rejeté par les organisations représentatives du secteur médico-social qui déplorent les conséquences d'une réforme qui n'a jamais fait l'objet d'un débat sur le fond.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure.** Avis défavorable : même si la réforme de la tarification est complexe à mettre en œuvre, il faut la mener jusqu'à son terme. Tâchons cependant de ne pas répéter, sur les services à domicile, les erreurs que nous avons commises sur les EHPAD.

*La Commission rejette l'amendement AS 267.*

### **Article 39 : Réforme de l'économie officinale**

*La Commission est saisie de l'amendement AS 2 de M. Guy Malherbe.*

**M. Guy Malherbe.** L'article 39 marque un tournant, puisqu'il prévoit que la rémunération des pharmaciens est dissociée de la vente des médicaments et que, conformément à la loi « HPST », elle se fera désormais à l'acte.

Il convient toutefois de préciser que la tarification portera sur les honoraires, les rémunérations et les frais de dispensation autres que les marges déjà prévues par la loi. Par ailleurs, il serait bon de prévoir la création et la gestion par l'assurance maladie d'un fonds de modernisation, financé par les pharmaciens concernés par des opérations de restructuration, et chargé de verser des indemnités compensatrices de cessation d'activité à l'officine qui ferme. Tel est l'objet de cet amendement.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.** Favoriser la restructuration du réseau est une bonne idée, mais il faudrait retravailler votre amendement car, dans sa rédaction actuelle, l'assurance maladie serait appelée à gérer un fonds abondé par les professionnels. Par ailleurs, il faudrait clairement faire apparaître que les frais de dispensation sont distincts des marges sur le prix du médicament. Je vous propose donc de retirer votre amendement et d'en présenter une nouvelle version dans le cadre de la réunion prévue en application de l'article 88.

**M. Guy Malherbe.** J'en suis d'accord.

*L'amendement AS 2 est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS 454 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Contrairement aux dispositions législatives applicables aux autres professionnels de santé, l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine, ne traite pas des mesures et procédures applicables en cas de non-respect des engagements. Il convient de réparer cet oubli.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 454.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS 453 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur, et AS 351 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Rien ne justifie que les pharmaciens mutualistes soient exclus du champ d'application du dispositif prévu par cet article.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Mon amendement va dans le même sens.

**M. Guy Malherbe.** Attention : en supprimant les mots « *titulaires d'officines* », l'amendement du rapporteur ouvre la possibilité d'inclure les adjoints de pharmacie dans le conventionnement, ce qui serait absurde !

**M. Michel Heinrich.** La rédaction de l'amendement de Jacqueline Fraysse me semble en effet préférable.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Vous avez raison. Je retire donc mon amendement au profit de celui de Jacqueline Fraysse.

*L'amendement AS 453 ayant été **retiré**, la Commission **adopte** l'amendement AS 351.*

*Puis elle **adopte** l'article 39 **modifié**.*

### **Après l'article 39**

*La Commission est saisie d'une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 39.*

*Elle examine les amendements AS 4 et AS 5 de M. Guy Malherbe.*

**M. Guy Malherbe.** Le constat d'un nombre trop élevé d'officines est partagé tant par la profession que par les pouvoirs publics. En conséquence, je vous propose une série d'amendements, inspirés par la lecture du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et visant à favoriser la restructuration du réseau.

L'amendement AS 4 prévoit de porter de 3 500 à 4 500 habitants le nombre d'habitants nécessaires pour ouvrir une pharmacie supplémentaire dans les communes en disposant déjà d'une.

L'amendement AS 5 est de coordination.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Vous avez raison sur le constat. Toutefois, la restructuration du réseau devrait s'effectuer dans le cadre conventionnel ; il ne faudrait pas non plus oublier de réaffirmer le rôle de proximité du pharmacien.

En tout état de cause, en proposant des articles additionnels, vos amendements risquent d'être censurés par le Conseil constitutionnel. C'est pourquoi je vous propose de les retirer, pour les placer à l'article 39.

**Mme Bérengère Poletti.** Il est par ailleurs indispensable que cette restructuration se fasse de concert avec la mise en place des maisons médicales de proximité. Certaines d'entre elles éprouvent des difficultés à s'imposer du fait de la présence d'une officine de pharmacie.

**M. Georges Colombier.** Je suis d'accord.

**M. Michel Heinrich.** Le maillage territorial n'est pas en cause : aujourd'hui, toutes les communes de 7 000 habitants disposent de plus d'une pharmacie ! En revanche, le départ d'un certain nombre de prescripteurs fragilise le réseau pharmaceutique. Cet amendement vise aussi à favoriser les regroupements.

**M. Guy Malherbe.** Je précise que cette disposition concernera surtout les grandes agglomérations.

**M. Denis Jacquat.** N'oublions pas qu'il existe un régime local pour l'Alsace-Moselle...

**M. Guy Malherbe.** Rassurez-vous, il sera maintenu.

*Les amendements AS 4 et AS 5 sont retirés.*

*Puis la Commission procède à l'examen de l'amendement AS 6 de M. Guy Malherbe.*

**M. Guy Malherbe.** Dans le même esprit, cet amendement tend à permettre les regroupements, non seulement dans la commune d'une des officines concernées, mais en tout point du territoire.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il est, là encore, préférable de retirer votre amendement et de le réintroduire à l'article 39.

*L'amendement AS 6 est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS 350 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cet amendement reprend une des préconisations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, paru en septembre 2010, sur l'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD. Il s'agit de permettre aux pharmacies mutualistes d'approvisionner les adhérents mutualistes hébergés dans ces établissements et de passer des conventions avec leurs directeurs.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable : l'amendement n'a pas de fondement juridique. En effet, dans le cadre conventionnel actuel, la possibilité de conclure une convention avec les EHPAD n'est offerte qu'aux pharmaciens titulaires d'une officine, ce qui n'est pas le cas des pharmaciens mutualistes.

*La Commission rejette l'amendement AS 350.*

**Article 40** : *Facturation des séjours hospitaliers de certains patients étrangers non assurés sociaux*

*La Commission examine l'amendement AS 352 de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous souhaitons la suppression de cet article qui institue une discrimination au détriment des étrangers, et dont la motivation est pour le moins floue : comment définir un « patient étranger fortuné » ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable.

L'article 40 a pour objet d'assouplir les modalités de tarification des prestations de soins et d'hébergement en établissement de santé pour les patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière. Une première estimation des conséquences de cette mesure permet d'envisager une économie de l'ordre de 5 millions d'euros, soit 1 % du montant total des aides à la contractualisation.

La disposition concerne des établissements bénéficiant d'ores et déjà d'une attractivité internationale.

**Mme Catherine Lemorton.** Cet article est profondément choquant. Je ne voudrais pas que certains établissements privés de la côte sud-est de notre pays en viennent à consacrer des services entiers à l'accueil de patients venus de Russie, mêlés à des trafics d'armes, dont l'argent est blanchi dans des paradis fiscaux, et assez fortunés pour payer leurs soins *cash*. Une telle mesure risque d'être vite détournée.

**M. Jean Mallot.** L'an dernier, la majorité a institué pour les patients étrangers un ticket d'entrée à l'aide médicale d'État de 30 euros, une décision dont toutes les études ont montré les effets désastreux en termes d'accès aux soins des étrangers et de conséquences sanitaires. Aujourd'hui, elle veut faire de l'argent sur des patients étrangers fortunés – sans se préoccuper d'ailleurs de l'origine de leur fortune. Le rapprochement de ces deux décisions est significatif : il définit une politique.

*La Commission rejette l'amendement AS 40.*

*Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 484 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Puis, elle adopte l'article 40 modifié.*

#### **Après l'article 40**

*La Commission examine l'amendement n° 2 du Gouvernement, portant article additionnel après l'article 40.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Le Gouvernement propose de relever le plafond de ressources pour l'accès à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), en le portant au niveau du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) majoré de 35 %. Cette excellente initiative devrait permettre d'éviter certains effets de seuil au détriment des personnes ne bénéficiant pas de la CMU-C. Ainsi, pour une famille monoparentale, le seuil serait porté à 1 300 euros.

Je ne peux qu'être favorable à un tel amendement. Cependant, j'appellerai l'attention du Gouvernement sur la nécessité de réaliser un important effort d'information au sujet de l'ACS, mais aussi d'en améliorer l'accès pour les étudiants, dont un grand nombre n'ont pas d'assurance complémentaire.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** En raison de l'article 40, je n'ai pu déposer moi-même cet amendement. Le Gouvernement a accepté de le faire en son nom.

Il est vrai qu'une campagne d'information devrait être lancée, car trop de personnes ignorent qu'elles ont la possibilité de bénéficier de l'ACS.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Hier, en séance publique, lorsque nous avons évoqué cette proposition, nous avons été accusés de faire preuve d'un pessimisme destructeur. Le dépôt de cet amendement, en faveur duquel nous voterons, vient pourtant valider notre analyse. Le Gouvernement le dit lui-même dans l'exposé sommaire : cette disposition vise à « améliorer l'état de santé de nos concitoyens les plus modestes dans un contexte social difficile » et à « lutter contre les renoncements aux soins ». Ce phénomène de renoncement est donc une réalité.

Il est vrai que la couverture complémentaire des étudiants constitue un problème. Le sujet est d'autant plus préoccupant que le coût des mutuelles tend à augmenter.

**M. Guy Lefrand.** Tout le monde l'admet : trop de personnes ne font pas valoir leur droit à l'aide à l'assurance complémentaire de santé. En outre, le plafond de ressources actuel est encore inférieur au seuil de pauvreté. Cet amendement montre donc la volonté de la majorité et du Gouvernement de tenir compte des effets négatifs de la crise et d'améliorer l'accès aux soins des personnes en difficulté. Au moment où nous réalisons des efforts pour limiter les dépenses qui ne sont pas strictement indispensables, on ne peut que se féliciter de voir adopter cette véritable mesure sociale, même si son coût sera de 56 millions d'euros en année pleine.

**M. Paul Jeanneteau.** Il est vrai qu'un trop grand nombre de citoyens qui pourraient bénéficier de l'ACS n'y ont pas recours. Les directeurs de caisse primaire d'assurance maladie en témoignent : les fonds existent, mais ils ne sont pas employés. Faute de pouvoir demander l'organisation d'une campagne de communication, nous avons, avec Yves Bur, déposé un amendement réclamant un rapport sur ce sujet.

**M. Jean Mallot.** Cet amendement va dans le bon sens, mais il est aussi pour le Gouvernement un moyen de se donner bonne conscience, face aux conséquences négatives de l'augmentation de la taxe sur les complémentaires santé.

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé est d'ailleurs financée par le Fonds de financement de la CMU. Le coût de la mesure proposée sera donc répercuté sur les contrats d'assurance complémentaire des adhérents non couverts par la CMU.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Les réserves de ce Fonds sont telles qu'aucune augmentation des cotisations dues au titre des assurances complémentaires n'est à prévoir.

**M. Yves Bur.** Je me réjouis de cet élargissement de l'aide au paiement de l'assurance complémentaire de santé. Mais cette prestation reste d'un accès difficile et doit faire l'objet d'une vraie promotion, de façon à augmenter le nombre de bénéficiaires. À cet égard, les organismes d'assurance maladie, particulièrement dans la branche famille,

pourraient jouer un rôle utile : grâce à leur connaissance des revenus des allocataires de certaines aides sociales comme le revenu de solidarité active (RSA), ils pourraient informer systématiquement les personnes concernées de leur droit à obtenir l'ACS. C'est en effet la méconnaissance du dispositif qui explique qu'il ne bénéficie qu'à 600 000 personnes, pour 3 ou 4 millions de personnes éligibles.

**M. Jean-Luc Prél.** Cet amendement devrait, en effet, améliorer l'accès à l'assurance complémentaire des personnes confrontées à des difficultés financières – même s'il convient, en effet, de mieux informer la population sur le dispositif.

L'un des défauts de la CMU, ce sont les effets de seuil. C'est pourquoi je défends depuis très longtemps l'idée d'une aide personnalisée à la santé, dont le montant serait inversement proportionnel aux revenus.

**Mme Catherine Lemorton.** Je m'interroge sur le moyen d'évaluer le coût de cette mesure, dès lors que l'information sur l'ACS est notoirement insuffisante.

C'est d'ailleurs une question de volonté politique. Lorsque les services sociaux ou les professionnels de santé sont confrontés à un patient dépourvu de mutuelle, il leur serait facile de prendre le temps de les informer sur cette aide.

Par ailleurs, la notion de seuil de pauvreté a un sens : elle concerne des gens qui ne savent pas de quoi sera fait le lendemain. Or le montant du plafond de ressources est encore loin de ce seuil.

Enfin, même quand elles ont connaissance de l'existence de l'aide, les personnes concernées ont tendance à prendre le contrat de base, qui ne les exonère pas de l'avance des soins. Elles ne se soignent donc pas mieux. Tout cela ne fait que confirmer ce que nous affirmions hier : nombre de nos concitoyens ne peuvent plus accéder aux soins.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** La situation actuelle devrait nous inciter à nous occuper du plafond de la CMU, et à étendre l'application de la CMU-C, qui, aujourd'hui, ne permet malheureusement pas de prendre en compte tous les besoins. Je suis sensible à ce relèvement du plafond de ressources de l'ACS, mais cette aide reste très difficile d'accès.

Il suffit de participer à la Commission nationale de surveillance de la CMU pour comprendre qu'un vrai problème d'accès aux droits subsiste dans notre pays. Des efforts doivent être consentis en matière d'accompagnement et de communication, afin que les avancées annoncées se traduisent réellement dans les faits.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Sur tous les bancs, nous ne pouvons que nous satisfaire du dépôt de cet amendement. Il est vrai que les contrats souscrits grâce à l'ACS ne sont pas d'une qualité suffisante, mais cela concerne les organismes complémentaires, et non l'État.

*La Commission adopte l'amendement n° 2 à l'unanimité.*

*Puis elle examine l'amendement AS 1 de M. Paul Jeanneteau.*

**M. Yves Bur.** Comme je viens de le dire, le nombre de bénéficiaires de l'ACS est très éloigné du public potentiel de l'aide. C'est pourquoi nous demandons un rapport sur la promotion de ce dispositif.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis favorable.

*La commission adopte l'amendement AS 1.*

**Article 41 :** *Prolongation de l'expérimentation relative au contrôle des arrêts de travail des fonctionnaires*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 353 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous souhaitons la suppression de l'article 41, car nous contestons le mode de contrôle administratif et médical, par l'assurance maladie, des arrêts maladie des fonctionnaires. Pourquoi ces derniers devraient-ils faire l'objet d'un traitement particulier ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ce mode de contrôle, destiné à lutter contre les arrêts de travail abusifs ou injustifiés, est déjà effectif dans le régime général. La disposition portée par l'article 41 est donc une mesure d'harmonisation utile : l'expérimentation doit être poursuivie afin d'en mesurer l'impact et de se prononcer sur une éventuelle généralisation. Avis défavorable.

**M. Yves Bur.** Pourquoi les salariés du secteur privé seraient-ils contrôlés et pas ceux du secteur public ? Nous savons tous que les arrêts maladie injustifiés sont aussi une réalité dans la fonction publique. Cela étant, nous avançons à petits pas. Plutôt que de prolonger une expérimentation fondée sur le volontariat, il serait temps de soumettre tout le monde à la même règle. On ne peut pas avoir, comme hier, un débat sur les indemnités journalières et ne pas agir en matière de contrôle des arrêts maladie.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Une partie de la fonction publique n'est toujours pas concernée par cette expérimentation. C'est pourquoi il convient de la prolonger pour une durée de deux ans avant de généraliser le dispositif.

*La Commission rejette l'amendement AS 353.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS 455 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il est nécessaire que le service du contrôle médical soit informé suffisamment tôt de la survenue de l'arrêt de travail. Or le délai dans lequel l'administration transmet cette information est extrêmement variable. Ce délai doit donc être précisé dans la convention qui détermine le cadre du dispositif d'expérimentation.

*La Commission adopte l'amendement AS 455.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS 495 de M. Yves Bur.*

**M. Yves Bur.** Le fonctionnaire doit être informé de l'avis du service de contrôle médical. Une telle transparence est importante en cas de recours.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** L'amendement tendrait à priver le service médical du pouvoir d'évaluer le dossier, soumis au secret médical.

*L'amendement AS 495 est retiré.*

*La Commission **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS 456 de M. Jean-Pierre Door, rapporteur.*

*Elle **adopte** enfin l'article 41 **modifié**.*

**Article 42 :** *Garantie du maintien de la prise en charge intégrale des dépenses d'assurance maladie des affiliés du régime minier et de leurs ayants droit*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 367 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous souhaitons préciser que les franchises médicales ne s'appliquent pas aux affiliés du régime minier, conformément à l'engagement du Gouvernement de garantir dans la loi la gratuité des soins dont bénéficiaient jusqu'ici les assurés et ayants droit du régime spécial des entreprises minières.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis favorable à l'amendement AS 367.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 367.*

*En conséquence, l'amendement AS 368 de Mme Jacqueline Fraysse n'a **plus d'objet**.*

*Puis la Commission **adopte** l'article 42 **modifié**.*

#### **Après l'article 42**

*La Commission examine l'amendement AS 272 de Mme Marisol Touraine, portant article additionnel après l'article 42.*

**Mme Catherine Lemorton.** Les franchises médicales étaient supposées responsabiliser les patients. En quoi cette philosophie doit-elle concerner les accidentés du travail, les victimes de maladies professionnelles ou les personnes handicapées ?

Il existe deux types de franchises, selon qu'elles ont été instaurées en 2004 ou en 2007 ; une personne fréquemment malade ou polypathologique est facilement amenée à être prélevée sur ces deux lignes. Or, lorsque les assurés sociaux ont la chance de ne pas faire l'avance de leur frais, la sécurité sociale n'a pas la possibilité de récupérer progressivement le montant des franchises, si bien qu'une fois l'année écoulée, les caisses primaires prélèvent la totalité d'un seul coup, soit parfois 100 euros. Quand vous bénéficiez du minimum vieillesse, que vous touchez une pension de 790 euros, et que l'on vous prélève 100 euros au mois de janvier, votre réflexe est de couper le chauffage, de faire encore plus attention à vos dépenses d'alimentation et, en matière de santé, de réduire la quantité de médicaments consommés ou la fréquence des visites chez le médecin. Cela confirme le phénomène de renoncement aux soins que nous ne cessons de dénoncer. Ce que vous appelez responsabilisation, je le traduis par réduction de l'accès aux soins.

Le Conseil d'État, saisi par l'Association des accidentés de la vie (FNATH) et l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA), nous donne d'ailleurs raison dans un avis d'avril 2009 : nous sommes désormais à la limite du respect du principe constitutionnel de santé pour tous.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** L'amendement réclame la remise d'un rapport sur les conséquences de l'application des franchises médicales. Ce rapport existe, il est

désormais disponible. Il montre que 85 % des franchises sont liées à la consommation de médicaments, que 57 % des actes du régime général, 58 % des actes des auxiliaires médicaux et 38 % des transports en sont exonérés.

En fait, vous êtes contre les franchises. Mais celles-ci visent à responsabiliser les patients, et leur produit sert à financer certaines priorités de santé publique : la lutte contre la maladie d'Alzheimer et le cancer, le développement des soins palliatifs. Entre 2009 et 2010, les franchises ont ainsi permis la redistribution de 2,2 milliards d'euros.

**M. Jean Mallot.** Nous faisons donc financer la recherche par les malades !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Tout le monde finance la recherche.

**Mme Catherine Lemorton.** Vous pouvez multiplier les chiffres, monsieur le rapporteur, mais un vrai rapport ne doit pas se limiter à l'aspect économique. Ce qu'il convient de connaître, c'est le nombre de personnes n'ayant pas pu se soigner convenablement à cause des franchises. Tant mieux pour vous si ce chiffre de 2,2 milliards d'euros vous satisfait ; pour ma part, je n'ai pas la conscience tranquille.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ce rapport est en effet de nature économique : il vise à savoir comment sont prélevées les franchises et ce que devient l'argent recueilli. Vous souhaitez, vous, un rapport politique : faut-il être pour ou contre les franchises ?

**Mme Catherine Lemorton.** Non, un rapport de santé publique !

**M. Jean Mallot.** Ce que nous voulons, c'est une évaluation de l'impact des franchises sur le comportement des patients, parce que nous constatons sur le terrain qu'elles ont contribué à éloigner de la santé certains de nos concitoyens.

**M. Denis Jacquat.** Je suis surpris de voir la façon dont le système français d'accès aux soins est parfois décrit, alors que de nombreuses personnes viennent dans notre pays pour s'y faire soigner, et que la comparaison avec d'autres systèmes joue plutôt en faveur du nôtre.

Je note en outre que les chiffres révélés au niveau national ne prennent pas en compte l'accès aux soins de personnes destinées à être éloignées du territoire. Dans ces conditions, peut-on vraiment affirmer que l'accès aux soins des résidents est désormais limité ? J'ai le sentiment d'une surenchère politicienne : c'est à qui décrira notre système de soins dans les termes les plus négatifs.

**M. Michel Issindou.** Bien sûr que nous avons, globalement, un bon système de santé, mais c'est la tendance actuelle qui nous inquiète. Ce système est excellent pour ceux qui ont les moyens de se payer une bonne mutuelle, mais pour ceux qui sont en bas de l'échelle, la situation est de plus en plus compliquée. Nous le constatons régulièrement sur le terrain. Certaines personnes ne se soignent plus les dents, ne vont plus chez l'opticien : nous devons en tenir compte.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Même si des efforts doivent être poursuivis, en matière de lutte contre la pauvreté, les statistiques de l'OCDE montrent que nous sommes au troisième ou quatrième rang européen en ce domaine. Nous devons donc faire attention à ne pas envoyer des messages destructeurs ni à faire preuve de catastrophisme. Je suis le seul, ici, qui ait connu le tournant politique de 1981 : cela m'incite à vous appeler à la prudence.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Le rapport sur les conséquences de l'instauration des franchises précise que ce dispositif ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins. Moins de 19 millions d'assurés, soit 29 % de la population, ont dû payer les franchises au taux maximal. Un sur quatre : c'est tout.

**Mme Catherine Lemorton.** « C'est tout » ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ce ne sont pas forcément des personnes en difficulté.

**Mme Catherine Lemorton.** Quel cynisme !

*La Commission rejette l'amendement AS 272.*

**Article 43 :** *Suppression du droit à l'assurance maladie pour les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique*

*La Commission examine l'amendement AS 354 de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Dans la mesure où ils ont cotisé, nous ne pouvons pas accepter que les bénéficiaires d'un versement forfaitaire unique – même s'ils sont peu nombreux – soient exclus de notre système de soins. Le faible rendement de la mesure – 700 000 euros maximum – souligne le cynisme de votre politique. Cette mesure s'inscrit dans la continuité d'autres dispositions comme celle prise pour restreindre l'accès aux soins des étrangers – je pense notamment au droit annuel de 30 euros instauré pour bénéficier de l'aide médicale d'État. Nous souhaitons donc la suppression de l'article 43.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Les quelque 8 000 personnes concernées par la mesure continueront à bénéficier d'une couverture maladie et des mêmes prestations d'assurance maladie soit comme ayants droit, soit comme bénéficiaires de la CMU. Seules seront modifiées les conditions d'accès aux prestations. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement AS 354.*

*La Commission adopte l'article 43 sans modification.*

**Article 44 :** *Suspension de la pension d'invalidité du régime général en cas de perception de la retraite à raison de la pénibilité au titre du régime des non-salariés agricoles*

*La Commission adopte l'article 44 sans modification.*

**Article 45 :** *Maintien du financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).*

*La Commission adopte l'article 45 sans modification.*

**Article 46 :** *Dotations annuelles des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 386 de M. Yves Bur.*

**M. Yves Bur.** Il s'agit de raboter les dotations mises à la disposition du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), lesquelles paraissent généreuses au regard de leur fonds de roulement et de leurs charges pour 2012. Une telle mesure permettra d'économiser une centaine de millions d'euros sans mettre en difficulté ces organismes. Je vous rappelle que nous sommes à la recherche de moyens pour compenser l'éventuel retrait de la mesure relative aux indemnités journalières, dont le coût serait de plus de 200 millions d'euros. Nous avons déjà voté hier un amendement instaurant des appels d'offres sur les génériques dont le rendement pourrait être intéressant. Nous avons ici la possibilité de récupérer encore un peu d'argent. Nous verrons plus précisément avec le Gouvernement de quel ordre peut être la réduction envisagée.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Yves Bur m'a précédé : je souhaite cosigner cet amendement. Après avoir auditionné les représentants des différents organismes, je pense qu'on peut effectivement réduire quelques dotations, notamment celles dont bénéficient le FMESPP, l'ONIAM et l'EPRUS.

*La Commission adopte l'amendement AS 386.*

*Elle adopte ensuite l'article 46 modifié.*

**Article 47 :** *Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

*La Commission est saisie de l'amendement AS 355 de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Nous considérons que les objectifs de dépenses de la branche maladie fixés pour 2012 sont insuffisants pour répondre aux besoins recensés. En effet, du fait de la crise, de nombreuses personnes ne peuvent plus accéder aux soins de façon satisfaisante. Voilà pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je suis surpris que vous proposiez la suppression de l'article 47 qui prévoit un objectif de dépenses à 186,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, soit une augmentation de 3 %. Dans une période conjoncturelle difficile, cet objectif de dépenses me paraît satisfaisant et ambitieux. Je suis défavorable à cet amendement.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Ce chiffre est historiquement faible, monsieur le rapporteur. Il ne prend pas en compte la réalité des besoins.

*La Commission rejette l'amendement AS 355.*

*Elle adopte ensuite l'article 47 sans modification.*

**Article 48 :** *Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation*

*La Commission examine les amendements identiques de suppression AS 159 de M. Jean-Luc Prével et AS 356 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**M. Jean-Luc Prével.** Je souhaite remplacer les sous-objectifs de l'ONDAM par des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM). Les agences régionales de santé permettent de revenir sur la coupure ancienne entre la prévention, le soin, la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Il me paraît cependant regrettable qu'on continue à donner des enveloppes fléchées aux agences. Les ORDAM ont d'ailleurs été préconisés par le comité présidé par M. Jean-Pierre Fourcade. J'avais déposé un amendement prévoyant une expérimentation dans trois régions mais je n'en trouve plus trace. Pourquoi a-t-il disparu, monsieur le président ? Cela m'a conduit à déposer cet amendement de suppression de l'article 48.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Tel qu'il était rédigé, votre amendement modifiait une disposition organique, ce qui est impossible pour une loi de financement.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Le rapport sur les ORDAM a montré qu'il existait des disparités en fonction de l'état de santé et du niveau de vie. Mais une fois ces données corrigées, les différences de consommation par habitant sont réduites de près de moitié et il apparaît que les disparités sont plus intra-régionales qu'inter-régionales.

Avec ce projet de loi de financement, on peut privilégier la régulation nationale en donnant des outils de pilotage aux agences régionales de santé. J'ai le sentiment en outre que la création du Fonds d'investissement régional (FIR) répond en partie à nos attentes. C'est une première étape importante en matière de régionalisation. Attendons les résultats du FIR, qui sera également alimenté par d'autres fonds. Les directeurs des agences régionales de santé disposeront ainsi de plus grosses enveloppes financières.

Instaurer des ORDAM aujourd'hui risque de pénaliser les territoires où l'état de santé de la population est au plus bas. Laissons aux agences régionales de santé le soin de déblayer le terrain de la régionalisation. Elles vont bénéficier, grâce à ce texte, d'importants financements en matière de structuration et d'organisation des soins dans les territoires.

Avis défavorable sur ces deux amendements.

**M. Jean-Luc Prével.** Le FIR ne réglera pas le problème. Les inégalités inter et intra-régionales n'ont rien à voir avec les ORDAM. Répartissons l'augmentation prévue entre les régions.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Je reviendrai sur l'amendement AS 356 en séance publique, car sa motivation n'a rien à voir avec celle de Jean-Luc Prével.

*La Commission rejette les amendements AS 159 et AS 356.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 275 de Mme Marisol Touraine.*

**M. Michel Issindou.** Cet amendement vise à diminuer l'ONDAM pour les soins de ville de 1 milliard d'euros. Le montant ainsi dégagé abonderait le Fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS). En effet, il convient de donner à celui-ci les

moyens de remplir pleinement ses missions, notamment l'organisation et la qualité des soins de premier secours, les actions de prévention, l'amélioration de l'accès aux soins, le développement d'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations, les maisons médicales.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Cet amendement tend à diminuer les dépenses de l'ONDAM pour les soins de ville au bénéfice du FIQCS. Or cela reviendrait à réduire les dépenses portant sur les médicaments ou les consultations médicales.

Pour 2012, le montant maximal des dépenses du FIQCS sera fixé à 281 millions d'euros, comme en 2011. Cela permettra d'assurer le financement de mesures nouvelles. La dotation nationale est de 60 millions d'euros ; la dotation régionale s'élève, elle, à plus de 200 millions.

**M. Michel Issindou.** On pourrait être plus ambitieux au regard de tout ce qu'il faudrait améliorer en matière de soins de ville. Avec 266 millions, on n'ira pas très loin. Or les innovations qui pourraient être mises en œuvre aujourd'hui permettraient de faire gagner de l'argent par la suite.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il me paraît difficile de réduire de 1 milliard d'euros les soins de ville.

**M. Michel Issindou.** Un milliard sur 170 milliards !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Non, sur 79 milliards !

*La Commission rejette l'amendement AS 275.*

*Puis elle adopte l'article 48 sans modification.*

#### **Après l'article 48**

*La Commission est saisie de l'amendement AS 264 de Mme Marisol Touraine.*

**M. Michel Issindou.** Cet amendement vise à assurer la délégation intégrale du montant voté pour les MIGAC par le Parlement.

En 2010, une part significative des MIGAC, estimée à 550 millions d'euros, a malheureusement été gelée par les pouvoirs publics afin de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Or, les MIGAC doivent assurer le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé. Il n'est pas acceptable, selon nous, que le non-respect de l'ONDAM pénalise les MIGAC, d'autant que les dépassements sont souvent le fait des hôpitaux du secteur privé. Mais, finalement, c'est l'hôpital public qui en fait les frais.

**Mme Catherine Lemorton.** C'est un véritable cercle vicieux : une part des MIGAC étant gelée pour pallier les dépassements de l'ONDAM, les missions d'intérêt général ne peuvent plus être assumées – accompagnement du malade, de l'entourage, notamment en soins palliatifs, éducation thérapeutique. Le développement de la tarification à l'activité générera des actes de plus en plus nombreux – parfois inutiles, les services étant bien obligés de fonctionner –, ce qui entraînera un dépassement de l'ONDAM et, donc, le gel des MIGAC.

Je vous indique par ailleurs que le rapport sur les franchises n'est pas en ligne sur le site du ministère. Comment peut-on l'obtenir ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je vous donne le mien.

**Mme Catherine Lemorton.** Je veux que tous les parlementaires puissent en avoir connaissance, et pas seulement moi.

Nous avons reçu l'avis du comité d'alerte sur l'élaboration de l'ONDAM : il devrait être possible de disposer sur Internet du rapport sur les franchises.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il vous sera transmis. Vous souhaitez qu'on interdise la mise en réserve des crédits MIGAC. Or le comité de pilotage, présidé par M. Raoul Briet, a précisément préconisé cet outil dans le cas où le comité d'alerte estime qu'il faut des mesures nouvelles pour éviter que l'ONDAM soit dépassé.

En 2010, le comité d'alerte a signalé qu'il y aurait un dépassement de l'ONDAM d'environ 600 millions d'euros, dont 400 millions au titre des dépenses hospitalières. Le Gouvernement a suivi les recommandations du rapport Briet : il a gelé les MIGAC à hauteur de 400 millions. Libres à vous de faire le choix de laisser filer l'ONDAM. Nous avons choisi, quant à nous, d'éviter le dépassement des dépenses. Avis défavorable sur l'amendement.

*La Commission rejette l'amendement AS 264.*

## *Section 2*

### *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse*

**Article 49 :** *Amélioration du droit à la retraite des sportifs de haut niveau*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 396 de M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse.*

*Puis elle examine l'amendement AS 68 de Mme Anny Poursinoff.*

**Mme Anny Poursinoff.** Nous souhaitons que le coût de la mesure prévue à l'article 49 – assimilation des périodes d'inscription sur la liste des sportifs de haut niveau à des périodes d'assurance vieillesse et prise en charge de celles-ci par l'État – soit compensé par la création d'une taxe additionnelle sur les recettes publicitaires du sport professionnel selon des modalités définies par décret. Ce coût, qui est évalué par l'État à 4 millions d'euros, équivaut en effet aux recettes publicitaires d'un seul match du championnat d'Europe de football.

**M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse.** Avis défavorable. L'article est financé à 100 % par le budget des sports et non par le régime général. Le montage financier est d'ores et déjà bouclé. On peut envisager des recettes supplémentaires mais, aux termes de l'article 34 de la Constitution, vous laissez une trop grande marge de manœuvre au pouvoir réglementaire.

**Mme Marie-Françoise Clergeau.** Cet amendement répond au souci que nous partageons tous de réduire les dépenses de l'État. Il vaut effectivement mieux redéployer en interne des crédits : on pourrait par exemple jouer sur les marges budgétaires gagnées sur le droit à l'image collective au lieu d'engager de nouvelles dépenses de l'État.

*La Commission **rejette** l'amendement AS 68.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS 397 de M. Denis Jacquat, rapporteur.*

*Puis elle examine l'amendement AS 398 du même auteur.*

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** Il s'agit d'une disposition réclamée par le milieu sportif. Celui-ci souhaiterait que, si le coût de la mesure prévue à l'article 49 s'avère inférieur à 9 millions d'euros, on puisse augmenter le nombre de trimestres que le dispositif permet de valider. La limitation de la mesure à seize trimestres peut être discutée : elle correspond en effet à une olympiade ; or, généralement, une carrière de sportif de haut niveau dure plutôt deux olympiades.

Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport présentant le coût d'une éventuelle extension en ce sens du dispositif prévu.

*La Commission **adopte** l'amendement AS 398.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 49 **modifié**.*

**Article 50** : *Exclusion des bonifications « métier » de la durée d'assurance prise en compte pour l'accès des fonctionnaires à la surcote*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 399 de M. Denis Jacquat, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 50 **modifié**.*

**Article 51** : *Rachat des périodes de formation à la vie religieuse au régime des cultes*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS 400 de M. Denis Jacquat, rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 51 **modifié**.*

*La séance est levée à douze heures quarante-cinq.*



### **Information relative à la Commission**

*– Mme Catherine Lemorton a été élue vice-présidente de la commission, en remplacement de Mme Catherine Génisson, élue sénatrice.*



## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 19 octobre 2011 à 9 heures 30

*Présents.* – M. Élie Aboud, Mme Edwige Antier, Mme Véronique Besse, 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, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Guy Delcourt, M. Vincent Descoeur, M. Jacques Domergue, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Marianne Dubois, Mme Laurence Dumont, Mme Cécile Dumoulin, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Patrick Gille, M. Michel Heinrich, Mme Danièle Hoffman-Rispal, Mme Sandrine Hurel, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, M. Paul Jeanneteau, M. Yves Jégo, M. Raymond Lancelin, M. Guy Lefrand, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Lemorton, M. Claude Leteurtre, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, M. Guy Malherbe, M. Jean Mallot, M. Pierre Méhaignerie, M. Pierre Morange, Mme Dominique Orliac, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, Mme Anny Poursinoff, M. Jean-Luc Prél, M. Simon Renucci, M. Arnaud Richard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Marie Rolland, Mme Valérie Rosso-Debord, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Francis Vercamer, M. Philippe Vitel

*Excusés.* – M. Christian Paul, M. Bernard Perrut