

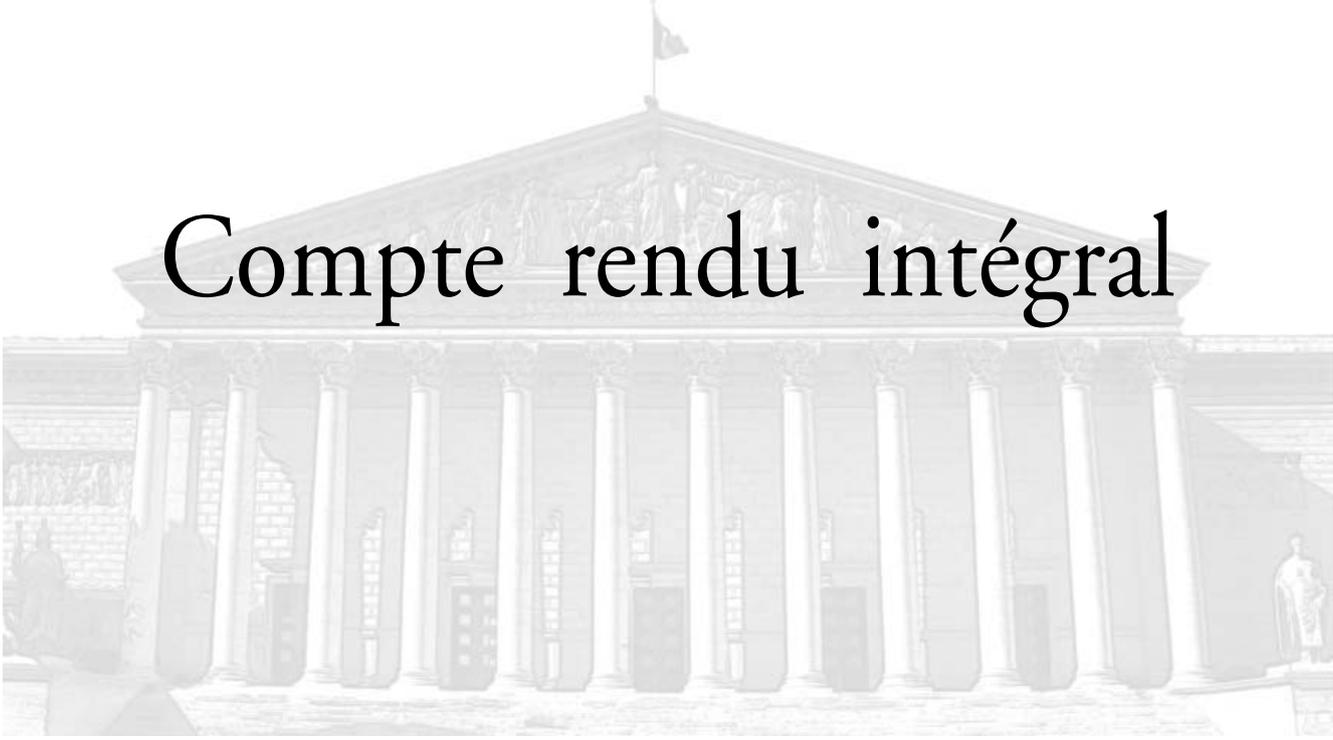
ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Séances du lundi 29 octobre 2007



Compte rendu intégral

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



**JOURNAUX
OFFICIELS**

<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1^{re} séance..... 3435

2^e séance..... 3459

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

30^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du lundi 29 octobre 2007

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. MARC LAFFINEUR

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** (Quatrième partie) (n^{os} 284, 295) (p. 3438).

Article 36 (p. 3438)

M. Roland Muzeau,

M. Jérôme Cahuzac, Mme Martine Billard, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Catherine Génisson, M. Roland Muzeau, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Amendement n^o 83 : M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour les recettes et l'équilibre général ; Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 84 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 36 modifié.

Après l'article 36 (p. 3441)

Amendement n^o 429 : Mme Catherine Lemorton, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 85 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mmes la ministre, Catherine Lemorton. – Adoption.

Amendement n^o 427. – Rejet.

Amendement n^o 428. – Rejet.

Amendement n^o 245 : MM. Jacques Myard, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Rejet.

Article 37 (p. 3442)

M. Jérôme Cahuzac, Mme Martine Billard.

Amendement n^o 656 : Mme la ministre, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 87 et 455 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre, M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendement n^o 198. – Rejet.

Adoption de l'article 37 modifié.

Article 38 (p. 3444)

M. Jean-Marie Le Guen.

Amendement n^o 88. – Adoption.

L'article 38 est ainsi rédigé.

Après l'article 38 (p. 3444)

Amendement n^o 431. – Rejet.

Amendement n^o 432. – Rejet.

Article 39 (p. 3444)

M. Georges Colombier, Mme la ministre, MM. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles ; Jean-Marie Le Guen.

Amendement n^o 629. – Adoption.

Amendement n^o 630. – Adoption.

Amendement n^o 631. – Adoption.

Amendement n^o 89. – Adoption.

Amendement n^o 90. – Adoption.

Amendement n^o 91. – Adoption.

Amendement n^o 632 rectifié : MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n^o 93. – Adoption.

Amendement n^o 94. – Adoption.

Amendement n^o 95. – Adoption.

Amendement n^o 633. – Adoption.

Amendement n^o 634 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Sous-amendement n^o 684 : Mme la ministre, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Rejet du sous-amendement 684 ; adoption de l'amendement n^o 634.

Amendement n^o 638. – Adoption.

Amendement n^o 98. – Adoption.

Amendement n^o 99. – Adoption.

Amendement n^o 100 : M. Georges Colombier, Mme la ministre, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Rejet.

Amendement n^o 642 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 39 modifié.

Article 40 (p. 3449)

Amendement n^o 102 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 40 modifié.

Article 41 (p. 3450)

Amendement n° 657 : Mme la ministre, MM. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Jean-Marie Le Guen. – Adoption.

L'article 41 est ainsi rédigé.

Article 42 (p. 3450)

M. Jean-Marie Le Guen, Mmes Martine Billard, Catherine Génisson, M. Dominique Tian, Mme la ministre.

Amendement de suppression n° 210 : MM. Roland Muzeau, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mmes la ministre, Catherine Génisson. – Rejet.

Amendement 584 : MM. Dominique Tian, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 585. – Rejet.

Amendement n° 414. – Retrait.

Amendement n° 574. – Rejet.

Amendement n° 103 : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 459. – Rejet.

Amendement n° 658 rectifié : Mme la ministre, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption.

Amendements n°s 586 rectifié et 659 : M. Dominique Tian, Mme la ministre. Retrait de l'amendement n° 586 rectifié.

M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. – Adoption de l'amendement n° 659.

Amendement n° 579. – Rejet.

Amendement n° 589. – Rejet.

Amendement n° 582. – Rejet.

Amendements n°s 105 rectifié et 456 rectifié : M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 105 rectifié.

Mme Catherine Génisson. – Rejet de l'amendement n° 456 rectifié.

Amendement n° 577 : MM. Dominique Tian, le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n° 664 : Mme la ministre, M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, Mmes Catherine Génisson, Danièle Hoffman-Rispal, M. Roland Muzeau. – Adoption.

Adoption de l'article 42 modifié.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 3457).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTIE DE M. MARC LAFFINEUR,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à dix-huit heures.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (n^{os} 284, 295).

Quatrième partie

M. le président. Vendredi soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles de la quatrième partie, s'arrêtant à l'article 36, précédemment réservé.

Article 36

(précédemment réservé)

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 36.

M. Roland Muzeau. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. La parole est à M. Roland Muzeau, pour un rappel au règlement.

M. Roland Muzeau. Madame la ministre de la santé, au cours des débats de vendredi, vous avez avancé, à propos de l'option « médecin référent », un certain nombre d'assertions sur lesquelles je souhaiterais revenir brièvement.

Selon vous, les chiffres prouvent l'échec pratique de la démarche. Je m'inscris bien évidemment en faux contre une telle affirmation. L'option « médecin référent » a suscité, en à peine sept ans, l'adhésion volontaire de 8 000 médecins généralistes,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. C'est énorme, vraiment !

M. Roland Muzeau. ... soit tout de même 15 % de la profession. En outre, ce système était économiquement intéressant. Puisque vous ne voulez vous en tenir qu'à l'aspect quantitatif, permettez-moi de citer la seule étude dont nous disposons, qui émane de la direction des statistiques et des études de la Caisse nationale d'assurance maladie : « Le forfait référent représente en moyenne 7 070 euros par an et par médecin référent, pour une économie sur le seul poste des prescriptions médicamenteuses de 18 960 euros ». Il est donc inexact de parler d'échec.

De même, c'est à tort que vous avez revendiqué le soutien de l'Association nationale des médecins référents. L'AMEDREF s'en est étonnée dans un communiqué de presse, niant avoir jugé « extrêmement intéressante » votre proposition de contrats individuels. « L'association, dit le communiqué, aurait bien du mal à donner son avis sur un contrat dont personne ne connaît ni les tenants, ni les aboutissants, pas plus que la rémunération ni le cahier des charges. »

Il me semblait nécessaire de rétablir la vérité sur ces deux points.

M. le président. Monsieur Muzeau, ce n'était pas un rappel au règlement.

M. Roland Muzeau. Mais si, fondé sur l'article 58-1 de notre règlement !

M. le président. La parole est à M. Jérôme Cahuzac, inscrit sur l'article 36.

M. Jérôme Cahuzac. Selon la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, le dossier médical personnalisé – DMP –, sur lequel porte l'article 36, aurait dû être mis en œuvre dès 2007. Nous sommes donc très loin du compte. Sur ce sujet, madame la ministre, vous avez laissé entendre qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales était en cours d'élaboration. Quand sera-t-il disponible ?

Sur le fond, le DMP pose des problèmes très complexes, notamment en ce qui concerne l'aspect commercial. Deux appels d'offres sont prévus, l'un pour choisir le portail commun, l'autre pour les hébergeurs. Qui fera ce choix, et selon quel critère, le prix ou la qualité ? Mais surtout qui, de l'État ou de l'assurance maladie, assurera le financement du DMP et, dans la première hypothèse, à partir de quels fonds et selon quelle annualisation budgétaire ? S'agira-t-il d'un engagement pluriannuel ? Sur ce projet dont vous attendez beaucoup, nous manquons singulièrement d'informations.

En outre, quels sont les avantages du DMP par rapport au web médecin ? Certes, le premier rend possible le « masquage du masquage », en permettant de dissimuler non seulement les informations que le patient ne souhaite pas communiquer, mais aussi l'existence même d'informations cachées. Il permet également, contrairement au web médecin, la transmission des radiographies, des examens de biologie, voire, le cas échéant, d'un résumé d'hospitalisation. Ces quelques avantages justifient-ils une opération de mise en place si complexe que la majorité a échoué à la mener à bien au cours des trois dernières années et a dû confier à l'IGAS un rapport sur le sujet ? Il serait sans doute moins ambitieux, mais plus efficace de se concentrer sur le développement du web médecin.

Par ailleurs, le portail et les hébergeurs me semblent relever d'un monopole naturel. Pourquoi faire jouer la concurrence ? Un pays qui ouvre le monopole sur le transport ferroviaire ne confie pas à des entreprises différentes l'administration de voies ferroviaires distinctes ; le réseau est exploité en commun. De même, dans le cas qui nous

occupe, le recours aux appels d'offre ne fera que compliquer les choses et retarder encore davantage la mise à disposition d'un outil qui devrait déjà être opérationnel.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Nous aurions en effet besoin de savoir où en est le Gouvernement sur le dossier médical personnel, et surtout quel objectif il entend lui assigner. On ne peut pas dire que la majorité n'ait pas été alertée à l'époque, non sur l'opportunité de mettre en œuvre pareil système – nous étions unanimes à le juger nécessaire –, mais sur les difficultés que cela occasionnerait. Je me souviens – c'était le 5 juillet 2004 – avoir, comme d'autres, signalé combien me semblait peu réaliste l'échéance proposée par le Gouvernement. J'avais même déposé un amendement pour supprimer du texte de la loi toute mention d'une date d'achèvement, renvoyant ce point à un décret. Mais le ministre, à l'époque, faisant preuve d'un indéfectible enthousiasme, nous avait assuré que tout irait pour le mieux. L'entrée en vigueur prochaine du DMP avait même conduit à modifier le texte de la loi. Depuis, silence radio !

Aux questions soulevées à juste titre par M. Cahuzac s'ajoute cette interrogation : le DMP sera-t-il, conformément à sa vocation initiale, un outil de coordination au service de la santé des patients, susceptible d'éviter les actes redondants et les prescriptions médicamenteuses aux effets iatrogènes ? Ou le Gouvernement, devant la difficulté à le mettre en œuvre, se replie-t-il vers une démarche purement comptable, que ce soit en utilisant des outils existants ou en limitant strictement la portée du DMP ? Selon l'option choisie, les résultats ne seraient pas du tout les mêmes.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Depuis quelques mois, une certaine confusion est entretenue entre le DMP et le web médecin. J'espère, madame la ministre, vous entendre confirmer qu'ils n'ont absolument rien à voir. Quelle que soit l'architecture finalement retenue, aller dans le sens souhaité par la CNAM reviendrait à vider le dossier médical de toute substance. Le web médecin est extrêmement pauvre : il ne renseigne que sur les médicaments et ne dit rien des pathologies afférentes. Il n'est donc absolument pas à la hauteur des ambitions portées par le DMP.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Dossier médical partagé, personnalisé, personnel : en dépit de nos hésitations sur la terminologie à employer, nous étions tous d'accord pour trouver de l'intérêt au DMP. Mais peut-être nous sommes-nous collectivement trompés en faisant de ce dispositif le fondement de l'organisation du système de soins, dont il est bien plutôt la conséquence.

Faut-il le rappeler ? L'instauration du dossier médical personnel a été décidée dans le cadre de la loi sur le droit des malades. Le DMP est donc, avant tout, le dossier du patient. Nous avons beaucoup discuté de son périmètre, et, sur ce sujet, les différences d'approche étaient loin de suivre les lignes de clivage politique. Les uns jugeaient que le dossier devait contenir toute l'histoire médicale du patient ; les autres, que ce dernier était fondé à en organiser lui-même les informations.

L'informatisation des dossiers médicaux est, on le sait, très en deçà de ce que l'on pourrait souhaiter. Si elle est à peu près correcte dans le système libéral – bien que seuls 85 % des cabinets soient informatisés –, elle a pris beaucoup de retard à l'hôpital et donné lieu à d'énormes gaspillages.

Cela explique en partie les difficultés de mise en place du DMP. Or le parcours d'un patient peut passer très vite de l'hôpital à la médecine ambulatoire et inversement. Au moment où nous mettons en place une mission d'information parlementaire sur le DMP, il faut plus que jamais maintenir l'objectif d'un dossier médical et éviter toute approche purement comptable.

Peut-être devons-nous imaginer un dossier qui s'enrichira au fur et à mesure de son élaboration pour être mis en place rapidement.

M. le président. La parole est à M. Roland Muzeau.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Encore !

M. Roland Muzeau. L'article 36, madame la ministre, poursuit la mise en œuvre du dossier médical partagé instauré en 2004 par votre prédécesseur, M. Douste-Blazy. M. Bertrand, à l'époque secrétaire d'État, vantait alors devant l'Assemblée nationale : « une innovation majeure, un des piliers de notre action de préservation et de modernisation de notre système de santé ». Probablement emporté par son enthousiasme, il promettait même que le DMP serait accessible dès le début 2005 dans certains sites pilotes et généralisé en 2006 et en 2007, voire plus tôt. Mais trop d'optimisme tue l'optimisme. Depuis, le DMP a reçu plusieurs surnoms – de « dossier mal parti » à, plus sévère ou amusant, chacun choisira, « Douste m'a planté » – et sa mise en œuvre est reportée à un horizon lointain.

Comprenez-nous bien, madame la ministre, ce n'est pas le DMP en lui-même que nous critiquons, mais son pilotage et le flou qui entoure notamment son coût. En soi, en effet, ce DMP n'est vraiment pas une mauvaise idée, et ce d'autant plus que vous avez confirmé sa complète confidentialité.

Le présent article autorise ainsi les patients à masquer certaines données et à masquer le masquage. Cette possibilité, somme toute naturelle, car respectueuse de l'intimité de la vie privée, a fait bondir certains syndicats de médecins. Ils ont même trouvé quelques relais dans cette assemblée puisqu'un amendement a été déposé pour revenir sur cette garantie de confidentialité. M. Prétel, l'auteur de cet amendement, nous expliquera tout à l'heure – mais peut-être n'arrivera-t-il pas et mes craintes seront alors levées – que cette disposition va à l'encontre des malades eux-mêmes puisqu'elle risque d'induire le médecin en erreur et qu'elle met, dans tous les cas, à mal la relation entre celui-ci et son patient. Le fait de taire certaines données intimes est une conséquence d'une mauvaise relation entre le patient et son médecin et non la cause.

Je mets donc solennellement en garde le Gouvernement et mes collègues contre l'adoption d'un tel amendement.

Autre problème : la mise en œuvre même et le coût du DMP. Vous vous êtes trop avancés en prétendant pouvoir faire en deux ou trois – et à l'économie – ce que les Anglais ont mis dix ans à mettre au point pour 9 milliards d'euros. Aujourd'hui, donc trois ans plus tard, le DMP est toujours à l'état de projet, et a, entre-temps, englouti des sommes considérables. Les prévisions sur sa mise en place étaient erronées. Sa réalisation semble, quant à elle manquer de cohérence. Dans son dernier rapport, la Cour des comptes estime que « Le pilotage des systèmes d'information en santé par le ministère n'était pas satisfaisant. »

Pouvez-vous, madame la ministre, nous préciser où en est aujourd'hui la mise en place de ces technologies et à quelle date le DMP pourra être mis en œuvre ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je ferai tout d'abord un point de sémantique. Il convient de parler de dossier médical personnel et non de dossier médical partagé, ce qui laisserait supposer qu'il est partagé entre le médecin et le malade. Or le dossier médical personnel est bien une propriété du malade.

Le DMP – et c'est fondamental – a pour principal objectif d'améliorer la qualité des soins. Il améliore la coordination entre professionnels, permet aux patients d'être mieux soignés et réduit les risques d'interaction médicamenteuse.

J'ai demandé à l'Inspection générale des affaires sociales, l'Inspection générale des finances et le conseil général des technologies de l'information de procéder à une revue de projet. Il me paraissait, en effet, important qu'elle soit menée par ces trois inspections qui ont une vision différente, mais complémentaire. Les résultats, qui ont pris un petit peu de retard du fait de la complexité de l'analyse, me seront remis dans les prochains jours, monsieur Cahuzac. J'en tirerai alors bien entendu toutes les conclusions.

Il faut effectivement concevoir un dispositif sain pour tous les acteurs – professionnels de santé, patients – et offrir un maximum de sécurité. La création d'un portail sécurisant – l'accès au DMP commun à tous les professionnels et tous les patients – répond à ce double objectif de simplicité et de sécurité. Afin de ne pas mélanger les genres, ce portail ne pourra exercer aucune fonction d'hébergement. C'est essentiel. La priorité est de sécuriser les données des patients. L'article prévoit que le portail pourra être mis au service d'autres réseaux de santé, comme le dossier communiquant en cancérologie, afin d'éviter des doublons inutiles et de réaliser des économies profitables à tous.

La question du masquage des données et du masquage du masquage est fondamentale. Elle s'inscrit dans la droite ligne de la loi Kouchner et a d'ailleurs été réaffirmée dans la loi du 13 août 2004. La France est en pointe en matière de protection des personnels. Nous devons réaffirmer ce principe chaque fois que nous le pouvons. La solution présentée reprend la proposition consensuelle faite par M. Fieschi en 2005. L'identifiant de santé a été créé pour sécuriser l'identification des patients, donc les conditions d'accès au DMP. Il est par conséquent logique que son régime soit le même que celui du DMP.

Je vous propose ici de rectifier la loi DALO du 5 mars 2007, qui prévoyait d'autoriser l'accès des tiers bailleurs au DMP, ce qui est contraire à son esprit et tout à fait hallucinant ! Il était important de profiter de l'examen du PLFSS pour rectifier une disposition tout à fait contestable – et le mot est faible – en matière de protection des données personnelles !

J'examinerai avec une particulière attention les conclusions qui me seront remises par la triple inspection. M. Muzeau a rappelé à bon escient que la mise en place de ce DMP dans les autres pays a exigé beaucoup de temps. Je n'imagine pas qu'un DMP complètement finalisé puisse ne pas prendre une décennie complète. Cela ne nous empêchera sans doute pas de conduire des expérimentations sur certains secteurs géographiques ou sur certaines catégories de patients, voire sur les deux. Pourquoi ne pas le faire dans le cadre des ARS ? Cela pourrait être une piste.

Je vous présenterai le moment venu toutes ces observations et apporterai ma contribution à la mission d'information de l'Assemblée nationale.

Nous devons en tout cas prendre le temps nécessaire en la matière. Il n'y a pas d'urgence à agir. Le DMP est un sujet très complexe, mais il doit devenir une véritable opportunité pour les malades.

M. le président. Sur l'article 36, je suis saisi d'un amendement n° 83.

La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour les recettes et l'équilibre général. Le DMP a déjà une longue histoire. Le mieux, madame la ministre, est de s'en affranchir en partie. Faire croire que le dossier médical permettra d'économiser très rapidement de l'argent est un leurre : il est d'abord au service de la qualité des soins et de la santé des patients. Faire croire qu'il peut être mis en place en quelques années est aussi un leurre : vous avez eu tout à fait raison de ne pas fixer de calendrier précis. Tous les pays qui progressent dans ce domaine se donnent du temps. Il faut également prendre le temps de l'expérimentation. Ce que nous avons fait ces deux dernières années en la matière n'est pas raisonnable. Limiter les expérimentations à deux ou trois mois, uniquement pour saisir des identifiants prouve que nous sommes « à côté de la plaque ». C'est presque faire injure à l'ensemble des partenaires qui essaient, sur le terrain, de mener ces expérimentations.

J'ai le sentiment que nous sommes en train de bâtir un système extrêmement complexe. Là où d'autres pays interviennent pour interdire et punir sévèrement toute atteinte à la confidentialité, nous multiplions les verrous et les barrières.

Enfin, il faudra certainement discuter de la mise en œuvre du DMP avec les professionnels de santé,...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. C'est très important !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. ... qui ne sont peut-être pas près de se lancer sans avoir évoqué le coût de la saisie des données et sa rémunération.

Nous devons examiner toutes ces questions avec réalisme.

L'amendement n° 83 aurait dû être présenté par le rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Jean-Pierre Door, dont je vous prie d'excuser l'absence. Il nous rejoindra en cours de soirée.

Cet amendement vise à clarifier la rédaction de l'article en précisant que le portail du dossier médical personnel sera principalement chargé d'assurer le contrôle des accès au DMP, mais ne sera pas appelé à connaître de leur contenu.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 83.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 84.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement de MM Door, Prél et Jardé tend à permettre la mise en œuvre, au niveau national, du dossier pharmaceutique, qui semble être prêt, et à l'intégrer dans la démarche du DMP, le jour où il le sera à son tour.

La commission a donné un avis favorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 84.

(L'amendement est adopté.)

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

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

Après l'article 36 (précédemment réservé)

M. le président. Après l'article 36, je suis saisi d'une série d'amendements portant articles additionnels.

La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 429.

Mme Catherine Lemorton. On sait que la politique de médicaments génériques en France a été bien lancée. Toutefois, le répertoire de médicaments reste limité. Pour faciliter l'activité médicale et favoriser l'entrée du générique en France, nous demandons, par cet article additionnel après l'article 36, que soit établie une liste des équivalents thérapeutiques. Nous savons en effet – et j'insiste sur ce point – que les laboratoires pharmaceutiques ont l'art de contourner ce répertoire. À cet égard, les travaux de la MECSS sur la prescription et la consommation de médicaments devraient, je le pense, porter leurs fruits.

Cet amendement permettra donc d'allonger la liste des équivalents thérapeutiques.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Vous avez tout à fait raison sur le constat et l'analyse de la situation actuelle des génériques. Vous soulignez à juste titre la nécessité de promouvoir la prescription en dehors du répertoire du générique, qui, si on le compare avec celui des autres pays européens, est encore trop limité du fait, notamment, du développement des stratégies de contournement du répertoire par les laboratoires pharmaceutiques. C'est le fameux débat sur les *me-too*.

Cet amendement a toutefois été repoussé par la commission, parce qu'il existe d'ores et déjà un guide des équivalents thérapeutiques mis en ligne par la Caisse nationale d'assurance maladie et que c'est la voie conventionnelle qui doit être privilégiée pour inciter les médecins, peut-être en les contraignant davantage, à prescrire au sein du répertoire.

Une solution préférable serait de veiller à ce que les logiciels d'aide à la prescription certifiés comportent un accès au guide des équivalents thérapeutiques réalisé par la CNAM.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je ne suis pas favorable à cet amendement.

La mesure est évidemment séduisante au premier abord, comme l'a dit excellemment Yves Bur, mais il n'existe pas de définition juridique des équivalents thérapeutiques, à la différence des produits biosimilaires, comme les érythropoïétines, et bioéquivalents, comme les génériques par rapport aux princeps. Il serait donc prématuré d'établir un tel répertoire.

La politique du générique est un axe fort de notre politique, et le taux de délivrance de génériques par rapport aux princeps était de 74 % à la fin août 2007. Il y a des marges de progression, mais nous sommes déjà parvenus à une masse critique.

Par ailleurs, le comité économique des produits de santé mettra en œuvre dès que possible une politique de cohérence des prix par catégorie de médicaments, ce qui revient à la régulation médico-économique que vous souhaitez.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 429.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 85.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit de permettre la mise en œuvre au niveau national du dossier pharmaceutique, qui permettra par la suite d'alimenter le DMP.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Le dossier pharmaceutique sera par la suite intégré dans le DMP, qui, Mme Génisson a raison, est une conséquence de l'organisation d'un système de soins. Je sais, madame la ministre, que vous voulez développer l'automédication familiale et la porter à 5 %. Or les médicaments conseils ne sont pas dénués d'effets secondaires. Quelle sera la place de l'automédication familiale dans le DP, puis le DMP ? Il me paraît important de le préciser dès lors que l'un des objectifs du DMP était d'éviter la iatrogénie.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 85.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 427.

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

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

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 427.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 428.

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

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

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 428.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 245.

La parole est à M. Jacques Myard, pour le défendre.

M. Jacques Myard. La solidarité est un principe de la République, et je suis absolument pour. Il n'en demeure pas moins qu'un sentiment d'injustice assez fort se propage à travers le pays au sujet du remboursement d'un certain nombre de médicaments.

Celles et ceux qui, heureusement pour eux, bien sûr, ne sont pas à la CMU ne peuvent bénéficier du tiers payant s'ils refusent le générique. Ils doivent faire l'avance. Paradoxalement, ce n'est pas le cas pour les titulaires de la CMU.

Puisque, tous bords confondus, nous sommes pour la promotion des génériques, il me semble qu'au nom de la solidarité, sauf avis médical contraire vraiment spécifié, les bénéficiaires de la CMU devraient accepter les génériques pour bénéficier de la solidarité nationale.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Nous avons déjà eu ce débat après l'article 35. Défavorable, pour les mêmes raisons.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable. D'ores et déjà depuis 2006, les titulaires de la CMU qui refusent la substitution se voient privés du tiers payant. Il n'y a aucune raison, et ce serait discriminatoire, de leur refuser l'accès au remboursement.

M. Jacques Myard. Il ne s'agit pas de ça !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 245.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 37

(précédemment réservé)

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 37

La parole est à M. Jérôme Cahuzac.

M. Jérôme Cahuzac. Cet article pose un problème, mais je crains, madame la ministre, que nous n'ayons pas le débat que nous aurions souhaité. Nous aurions bien aimé, en particulier, connaître vos positions sur le bouclier sanitaire et savoir si les préventions que l'on peut nourrir à l'égard de cette perspective sont légitimes ou pas.

Actuellement, lorsqu'un patient a été reconnu par le contrôle médical comme atteint d'une affection non inscrite sur la liste des affections de longue durée et comportant un traitement prolongé, le coût de ce traitement est pris en charge sur décision des caisses primaires.

Vous souhaitez durcir ces conditions en ajoutant une restriction supplémentaire. Pour une maladie jugée non grave, selon des critères sur lesquels, au demeurant, on pourrait discuter mais tel n'est pas l'objet de notre débat, le seul fait que le traitement soit coûteux ne justifiera plus que la prise en charge soit assurée à 100 % par les caisses.

Nous connaissons tous le coût des affections longue durée pour l'assurance maladie. Selon quels critères, par qui une maladie serait-elle jugée peu grave ? Le seul fait qu'un traitement soit jugé coûteux ne justifie-t-il pas qu'il continue à être pris en charge par l'assurance maladie, sur décision des caisses primaires ?

Je voudrais attirer votre attention, mes chers collègues, sur le fait que c'est une restriction de taille qui est en train d'être introduite dans le code. Je ne suis pas certain que celles et ceux qui en seront victimes s'en réjouiront. Peut-être n'est-ce pas d'ailleurs forcément la raison pour laquelle nous devrions voter contre, mais nous pourrions au moins nous poser la question de savoir si, au fond, dans le passé, les caisses primaires n'avaient pas raison de vouloir prendre en charge le traitement au seul motif qu'il était coûteux, nonobstant le fait que la maladie était jugée peu grave.

Encore une fois, madame la ministre, nous n'aurons pas de débat sur le bouclier sanitaire, et je le regrette, mais je vous fais remarquer que cet article est tout à fait contraire aux perspectives qu'avait tracées l'un de vos collègues, M. Martin Hirsch, et qu'il semble également contraire aux conclusions du rapport Briet-Fragonard sur le bouclier sanitaire, et l'on connaît le rôle que jouent aujourd'hui ces éminents personnages auprès du Président de la République.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. C'est vrai que le nombre de personnes prises en charge en ALD augmente d'année en année, mais c'est malheureusement parce que le nombre d'affections longue durée augmente. Par conséquent, le fait d'essayer de réduire par les alinéas 13 et 14 le nombre de personnes pouvant avoir accès au dispositif pose tout de même un problème de santé publique et d'égalité devant la santé.

L'alinéa 13 comporte une avancée, il faut le reconnaître, en permettant de prendre en compte plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant, mais, s'il faut avoir une affection grave caractérisée, cela pose la question d'affections très invalidantes, très coûteuses, qui peuvent ne pas être considérées comme graves.

Il risque aussi d'y avoir des inégalités selon les caisses. La Haute autorité de santé a proposé de créer un comité national inter-régimes qui permettrait d'homogénéiser les réponses, notamment sur les ALD 31 et 32. Ce serait effectivement une avancée très positive, cela éviterait des incompréhensions sur les refus de prise en charge, d'autant que l'on peut tout de même penser que ce petit ajout de deux mots, « grave caractérisée », a pour objectif de restreindre le nombre de personnes prises en charge.

Qui va décider, madame la ministre, si l'affection est grave caractérisée ou pas, et comment fera-t-on pour qu'il n'y ait pas de différence d'appréciation selon les régions ?

Il y a aussi le risque que, dans les régions où de nombreux malades sont déjà pris en charge en ALD, on ne prenne pas en charge la trente et unième ALD.

M. le président. Madame la ministre, je vous donne la parole pour répondre aux orateurs. Pourriez-vous présenter en même temps l'amendement n° 656 dont je suis saisi ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Volontiers, monsieur le président.

Le dispositif de prise en charge des affections de longue durée non inscrites sur la liste des trente maladies, ce qu'on appelle communément la trente et unième maladie d'un terme sans doute impropre, date de 1968 et n'a pas été modifié depuis.

Il faut reconnaître que, depuis quarante ans, la prise en charge des pathologies concernées a énormément évolué. De ce fait, la pratique des organismes d'assurance maladie s'est modifiée dans le souci de concilier une prise en charge optimale des patients et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, mais cette pratique, en fait, ne repose sur aucune base législative, ce qui fragilise le dispositif.

Nous proposons de mettre la pratique des caisses en conformité avec la législation et d'en assurer la pérennité. Ce sera bien sûr le médecin-conseil qui prononcera la décision, ce ne sera pas une mesure administrative mais bien une mesure prise sur des fondements médicaux.

L'amendement n° 656 est très important. Il vise à améliorer la prise en charge des grossesses en cas d'exposition in utero au distilbène, et je tiens à rendre hommage à Bérengère Poletti, qui a été à l'origine de cette disposition.

Jusqu'à présent, un tel dispositif était réservé aux salariées. L'article 37 l'étendait aux exploitantes agricoles. L'amendement l'étend aux femmes ayant une activité professionnelle non salariée et aux praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées. Il parachève ainsi l'égalité du droit entre les femmes, quel que soit leur activité ou leur régime d'assurance maladie. Je pense qu'il fera l'unanimité sur ces bancs.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 656.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 87 et 455.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a adopté la disposition proposée par ces deux amendements identiques en dépit de l'avis négatif de votre rapporteur.

Ils proposent que le médecin-conseil, avant d'attribuer une exonération du ticket modérateur pour une affection ALD « hors liste », demande l'avis d'un comité national inter-régimes, chargé de garantir un traitement équitable des demandes de prise en charge des ALD « hors liste ».

Il est vrai que la Haute autorité de santé a proposé une telle disposition dans son avis sur les maladies rares. Cependant, il semble prématuré d'introduire une telle réforme alors que la prise en charge des patients chroniques sera réformée prochainement. En effet, les conclusions des travaux sur le bouclier sanitaire et sur le reste à charge entraîneront sans doute une modification des conditions de suivi sanitaire et de prise en charge financière de ces patients.

Il paraît de plus en plus réaliste de demander son avis à ce comité national pour tous les dossiers d'ALD « hors liste ». Il faut qu'il puisse s'exprimer sur les cas les plus complexes.

C'est la raison pour laquelle, à titre personnel, je donne un avis négatif.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. L'avis du Gouvernement est également défavorable. Il convient de préciser le contexte du projet de création d'un comité interrégimes.

Il s'agit d'améliorer la prise en charge des maladies rares, sujet dont vous savez combien il nous tient à cœur. Des progrès ont été accomplis dans ce domaine puisque 132 centres de référence « maladies rares » au total ont été labellisés. Mais cela ne suffit pas à élaborer des protocoles de traitement pour l'ensemble de ces pathologies, dont le nombre est évalué entre 5000 et 8000, selon les experts ; nombre qui ne cesse d'augmenter en liaison notamment avec les progrès en matière de diagnostic.

La mission du comité sera en particulier d'assurer une veille en matière de prise en charge des maladies rares par les caisses primaires et de fournir un appui aux services médicaux locaux, afin de répondre aux besoins des patients. Compte tenu de l'intérêt de ce comité pour les patients en matière de santé publique, j'ai indiqué à la CNAMTS que je souhaitais sa mise en place rapide. Je peux d'ores et déjà vous indiquer qu'il doit commencer ses travaux dès le début de 2008, et que je veillerai avec une attention particulière à ce que son fonctionnement corresponde aux besoins et aux attentes des patients. Ces éléments me paraissent de nature à répondre à vos préoccupations et la création de ce comité par la loi ne s'impose pas.

Pour le reste, l'article 37 se borne à refonder la base juridique de toutes les ALD non inscrites sur la liste, ce qui va d'ailleurs bien au-delà des maladies rares : cela concerne notamment toutes les polyopathologies dont souffrent fréquemment les personnes âgées, dans des conditions qui sont strictement conformes à la pratique du service médical et qui ne modifieront donc aucunement l'accès aux soins des malades. Voilà pourquoi je ne suis pas favorable à cet amendement.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Nous aurions apprécié que le Gouvernement prenne en compte le vote de la commission et nous propose une nouvelle rédaction du texte.

Ce texte comporte, certes, des avancées positives, notamment en ce qui concerne les polyopathologies, comme Martine Billard l'a bien expliqué, même si la notion même de polyopathie, trop vague, doit être précisée. Nos réserves portent sur les risques que comporte son application, notamment le risque d'éviction. Nous regrettons que le vote de cet amendement par la commission n'ait pas incité le Gouvernement à réécrire d'une façon plus précise et plus sécuritaire du point de vue social...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Sécurisée vous voulez dire !

M. Jean-Marie Le Guen. Je dis bien sécuritaire : la sécurité n'est pas le monopole des forces de l'ordre. L'ordre social existe, surtout quand il est juste bien entendu !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Ça change, à gauche !

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais dire en deuxième lieu que nous approuvons l'amendement précédent relatif aux pathologies liées à la prise de distilbène : c'est vraiment peu de chose par rapport aux drames qu'il a provoqués. Cela doit rappeler à tous les esprits qu'il faut traiter avec beaucoup de sérieux les questions de sécurité pharmaceutique et des médicaments. En la matière, le distilbène est un drame tout aussi important que celui de l'amiante en matière de santé au travail.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n^{os} 87 et 455.

(Ces amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 198 a déjà été défendu, madame Billard ?

Mme Martine Billard. Il a été défendu.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 37, modifié par l'amendement n^o 656.

(L'article 37, ainsi modifié, est adopté.)

Article 38

(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, seul orateur inscrit sur l'article 38.

M. Jean-Marie Le Guen. Il me paraît important d'étendre aux dispositifs médicaux les prérogatives reconnues aux médicaments.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 88 à l'article 38.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement est défendu.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 38 est ainsi rédigé.

Après l'article 38

(précédemment réservé)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements portant articles additionnels après l'article 38.

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour soutenir l'amendement n^o 431.

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

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 431.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 432.

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

M. Jean-Marie Le Guen. L'amendement est défendu.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 432.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 39

(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Georges Colombier, seul orateur inscrit sur l'article.

M. Georges Colombier. J'ai défendu en commission un amendement de suppression de l'article 39, que la commission, suivant l'avis défavorable du rapporteur, a rejeté. Je souhaitais le redéposer pour qu'il soit discuté en séance mais une erreur de ma part ne l'a pas permis. Voilà pourquoi j'ai décidé d'intervenir sur l'article.

Je souhaite en effet attirer votre attention, madame la ministre de la santé, sur le fait qu'on ne peut pas créer d'officine dans trois communes de ma circonscription – je n'entrerai pas dans le détail – malgré une forte augmentation de la population, parce qu'elles se trouvent en zone périurbaine. On voit que la législation actuelle en matière de création, transfert ou regroupement de pharmacies est déjà très contraignante et ne permet pas de répondre rapidement et efficacement aux besoins de notre pays, en particulier des zones rurales ou des zones périurbaines en expansion démographique rapide. De ce fait, la répartition des pharmacies en France ne correspond pas toujours aux besoins de la population, avec des inégalités importantes entre zones rurales et urbaines.

C'est ce qui avait motivé mon amendement de suppression de l'article 39. En effet, toute nouvelle disposition ayant pour but de durcir les conditions d'installation de pharmaciens et de création d'officines créerait un obstacle

supplémentaire face aux attentes des populations et des élus locaux, qui expriment souvent des exigences fortes quant à l'offre de services au public et de services à la personne.

Par ailleurs, cette mesure s'inscrirait à contre-courant de la volonté du Président de la République, qui souhaite réformer l'exercice de certaines corporations bénéficiant de *numerus clausus*. La commission pour la libération de la croissance française, présidée par Jacques Attali, souhaite également la suppression des blocages qui verrouillent complètement certaines professions.

À l'inverse l'article 39 tel qu'il est rédigé ne fait que renforcer les barrières, au détriment en particulier des plus jeunes pharmaciens qui souhaitent s'installer. En cas de création de grandes officines, le rachat d'une pharmacie deviendrait alors inabordable et inaccessible.

Il faut remarquer enfin qu'au niveau européen, la tendance est à l'ouverture du marché des pharmacies puisque la Commission européenne pourrait en 2008 lancer une injonction contre les situations de monopole.

C'est dans ce contexte, madame la ministre, que j'avais proposé cet amendement de suppression. Je vous serai vraiment reconnaissant de bien vouloir m'apporter une réponse.

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je souhaite d'autant plus, monsieur le président, répondre à M. Colombier qu'il m'avait déjà interpellé sur ce sujet lors de la discussion générale et que je lui avais promis de lui répondre à l'occasion de l'examen de cet article, qui va me permettre de m'expliquer complètement.

Il faut savoir que la France compte une officine pour 2 500 habitants, ce qui est une des plus fortes densités d'Europe, puisque la moyenne européenne est d'une officine pour 3 300 personnes, l'Allemagne en comptant même une pour 4 000 habitants.

Par ailleurs, la distribution pharmaceutique a un coût élevé dans notre pays puisqu'elle représente, selon un récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, à peu près 30 % du prix public hors taxe des médicaments hors marge arrière. Ce coût est lié à deux phénomènes : une rémunération importante des acteurs de la distribution, notamment des pharmaciens, supérieure à celle de nombreux médecins, même spécialistes ; un réseau de distribution particulièrement dense, puisque la France est le pays d'Europe qui compte le plus grand nombre de pharmacies. Il suffit de sortir de ce palais national, par exemple, pour tomber sur une multiplicité d'officines, distantes parfois d'une cinquantaine de mètres seulement.

Inciter au regroupement des petites officines ne nuit rien à la population et permettrait à ces pharmacies de supporter d'éventuelles variations de marge visant à diminuer les coûts de distribution, encore élevés dans notre pays.

Dans le même ordre d'idée, pour couvrir les besoins apparaissant dans une commune ou une zone dont la population augmente, il faut inciter le plus possible au transfert ou au regroupement d'officines surnuméraires n'importe où sur le territoire alors que jusque-là les transferts ne pouvaient se faire qu'à proximité. Je l'avais d'ailleurs indiqué il y a une semaine à M. Lachaud, qui m'avait interpellé sur ce sujet lors des questions au Gouvernement. La

création ne doit être décidée qu'en dernier recours, s'il n'y a véritablement aucune possibilité de transfert ou de regroupement.

L'objectif de la mesure proposée, cher Georges Colombier, est de limiter les créations aux zones où existe vraiment un besoin qui n'est pas couvert, en révisant le seuil de population autorisant l'ouverture d'une pharmacie supplémentaire – cela ne concerne pas l'installation d'une première pharmacie dans une commune – et en facilitant les regroupements et les transferts.

À la question de savoir si cette mesure risque de faire monter le prix des officines à des niveaux inaccessibles aux jeunes pharmaciens, je réponds par la négative. Il y a aujourd'hui peu de créations d'officines – seulement quinze l'an dernier – et leur prix n'explose pas pour autant. À l'inverse, la publication des nouveaux chiffres de recensement de 2008 et 2009 pourrait, à législation constante, ouvrir de nombreuses possibilités. En favorisant les transferts et regroupements, la mesure proposée permettra de limiter l'impact sur la viabilité des officines et l'équilibre du secteur.

La mesure s'accompagne de dispositions concernant les sociétés d'exercice libéral. Ces sociétés permettent à de jeunes pharmaciens de monter progressivement dans le capital d'une officine. L'exercice en association concerne aujourd'hui pratiquement la moitié de l'effectif, et sa part augmente régulièrement de plus de 4 % par an. La loi portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier, loi MURCEF, dont les décrets sont en cours de publication, ouvre également la possibilité pour les pharmaciens adjoints d'accéder de façon progressive au statut de titulaire. Cette mesure a un impact social indéniable.

Certaines officines peu rentables vont devenir vendables dans la perspective d'une reprise, d'un transfert ou d'un regroupement. Or ces officines peu rentables constituent pour certains pharmaciens un capital au moment de leur départ en retraite. Ce rééquilibrage permettra par ailleurs de réduire l'écart existant entre de grosses officines attractives et de petites pharmacies. Cela ne peut être que favorable à un lissage des niveaux de marge et à l'harmonisation des implantations territoriales.

La répartition harmonieuse des officines est évidemment un élément tout à fait important du point de vue de l'objectif de coordination des soins qui a été largement évoqué dans les articles précédents. À côté d'une perspective de libéralisation du capital par la Commission européenne, que vous avez évoquée ainsi que certains membres de la commission Attali, l'impact éventuel de la présente mesure sur le prix des officines apparaîtra bien dérisoire. Les forces à l'œuvre en la matière dépassent de loin les pressions que pourraient exercer les officinaux. Il faut signaler que le grand nombre de départs à la retraite de pharmaciens titulaires dans les années à venir va au contraire conduire à une baisse des prix par abondance d'offre.

Si on veut abaisser le coût de la distribution, qui, je le répète, est plus élevé en France qu'ailleurs, il importe de procéder par ordre, c'est-à-dire de diminuer en premier lieu le nombre des points de vente, pour pouvoir agir ensuite sur les marges. En effet, décider des baisses de marge sans avoir au préalable donné aux officines les moyens de les assumer conduirait certaines au dépôt de bilan, ce qui serait évidemment tout à fait dommageable au maillage officinal du territoire et à la santé publique.

Le texte proposé maintient les possibilités d'ouverture dans les zones rurales et facilite le transfert vers ces zones. La nécessité d'ouvrir des officines dans certaines zones urbaines en croissance tout en fermant des officines de centres-villes est donc prise en compte, cher Georges Colombier, conformément à votre souhait.

Nous avons évidemment agi conformément aux cadres européens, et je crois pouvoir dire que nous n'avons pas de crainte à avoir de ce côté.

Par ailleurs, on ne peut aucunement comparer les taxis, qui ne sont pas assez nombreux, et les pharmacies, qui le sont trop : la logique n'est pas du tout la même. L'article 39 est de nature à répondre à votre préoccupation. Les officines sont trop nombreuses dans certains secteurs et pas assez dans les quartiers que vous évoquez. Donnons donc, avec cette disposition, à des officines peu rentables ou peu vendables la possibilité, qu'elles n'avaient pas jusqu'à présent, d'aller dans ces secteurs, au lieu de créer de nouvelles officines alors que c'est en France que leur nombre est le plus élevé en Europe.

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

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Je tiens d'abord à rendre hommage à la profession de pharmacien, qui rend un service de qualité et professionnalisé. Je ne remets pas en question le monopole des pharmaciens, qui est important et fait partie des traditions.

Il est très difficile aujourd'hui d'installer une nouvelle pharmacie, compte tenu des contraintes qui existent déjà, et je tiens à exprimer, en toute sympathie, de grandes réserves sur cet article. Elles portent sur trois points.

Tout d'abord, une question de cohérence : la commission Attali veut aujourd'hui mettre fin à certains systèmes excessivement réglementés et j'ai cru comprendre, même si cela ne figure pas dans le dernier texte produit par cette commission, que la pharmacie était l'un d'entre eux.

La deuxième raison tient à la qualité du service public. Dans un pays qui, comme le nôtre, vieillit, malgré la densité importante des officines – la France se situe en effet au quatrième rang en Europe à cet égard –, la proximité est très importante pour la population.

En tant qu'élu local, je constate que, le week-end, les contraintes des gardes imposent parfois aux patients de faire plus de 20 kilomètres pour aller chercher des produits pharmaceutiques, ce qui suscite une réaction de la part de l'opinion publique.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est la conséquence de l'application des 35 heures dans les pharmacies ! (*Sourires.*)

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles. J'allais dire, mais je vous en laisse le plaisir !

M. Jean-Marie Le Guen. Les professions libérales y viennent !

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles. En effet, cette application des 35 heures gagne les professions libérales !

Ma dernière interrogation part d'une expérience : le transfert étant déjà très difficile, je voudrais être certain que nous n'allons pas vers une augmentation des coûts, car le problème des marges est aussi celui du coût du transfert et de ce qu'on appelle l'« entrée » dans une pharmacie. La

rareté conduit rarement à la baisse des prix, mais plutôt à l'augmentation. Je suis donc réservé quant à l'idée d'un gel de deux ans. Lorsque, par exemple, je souhaite ouvrir à Vitry, la ville dont je suis maire, une pharmacie dans un quartier où la demande est forte, on me dit que c'est impossible et qu'il faut attendre que la ville compte 2 000 habitants de plus – qui sont d'ailleurs déjà là...

Quelle que soit ma sympathie pour vous, madame la ministre, et pour la profession de pharmacien, j'ai donc de grandes réserves quant à cet article 39.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Nous passons beaucoup de temps à discuter, moins de la profession de pharmacien que des problèmes des propriétaires de pharmacies. Cela n'a rien d'illégitime, mais nous ne devons pas oublier pour autant qu'il nous faut résoudre l'équation posée par une crise financière et une crise sanitaire et qu'il va bien falloir, d'une part, réduire le coût de la distribution du médicament et, d'autre part, utiliser les compétences sanitaires des pharmaciens dans notre système d'organisation des soins, par exemple pour les premiers soins.

Il est faux de penser que l'on peut continuer à défendre des systèmes dépassés. Il faut donc à la fois concilier certains principes avancés par la commission Attali – d'une manière certes provocatrice, mais qui ne sont pas pour autant sans intérêt – avec des principes d'organisation sanitaire où les professionnels de santé, en l'espèce les pharmaciens, auront un rôle éminent dans l'offre de soins et dans l'offre de santé. Si nous ne nous efforçons pas de dénouer cette contradiction et si nous pensons que l'immobilisme est la bonne solution, nous serons emportés comme nous le sommes déjà dans le domaine de la médecine générale.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

La commission Attali, que l'on met à toutes les sauces, ne s'est aucunement prononcée à propos des pharmaciens. Il conviendrait donc de ne pas l'invoquer à chaque instant et dans tous les sens.

La situation est simple. Le *numerus clausus* nous a permis d'assurer pour les officines, par comparaison avec le désert qui règne pour certaines professions médicales ou paramédicales, un maillage relativement satisfaisant de notre pays, même si des problèmes ponctuels demeurent. S'il se pose un problème de gardes,...

M. Jean-Marie Le Guen. L'Internet n'existe pas ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

... repensons plutôt l'organisation de celles-ci, sur laquelle il y aurait peut-être des choses à dire.

Les trois pays où la densité des officines est supérieure à celle de la France sont l'Espagne, la Grèce et le Portugal. On peut dire sans leur manquer de respect que l'organisation des systèmes de santé dans ces pays n'est pas la plus moderne à l'échelle européenne. La pharmacie devient un métier de plus en plus technique, qui demande des équipements de plus en plus importants et des professionnels formés, dont les salaires se traduisent par des charges salariales de plus en plus élevées pour les officines, qui doivent pouvoir les assumer.

Il faut améliorer et optimiser le dispositif. Au vu des cas évoqués par Pierre Méhaignerie et Georges Colombier, il me semble que, lorsqu'on aura donné à des officines peu rentables et peu viables la possibilité de procéder à des transferts,

ce qui n'est actuellement pas possible, nous serons sur la voie d'une solution. C'est la raison pour laquelle, mesdames et messieurs les députés je vous engage à voter l'article 39.

M. le président. Sur l'article 39, je suis saisi d'un amendement n° 629.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 629.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 630.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 630.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 631.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit également d'un amendement de coordination.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 631.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 89.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 89 est rédactionnel.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 89.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 90.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit également d'un amendement rédactionnel.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 90.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 91.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 91.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 632 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 632 rectifié est important, et je tiens à expliquer pourquoi M. Jean-Pierre Door l'a fait adopter par la commission.

Cet amendement regroupe au sein de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique les règles applicables à la création et à l'ouverture d'une officine de pharmacie, dont une partie est placée par le projet de loi à l'article L. 5125-3. Il clarifie également la rédaction de la loi et remet en forme le dispositif du Gouvernement donnant la priorité aux ouvertures d'officines par transfert ou regroupement.

L'amendement permet d'indiquer qu'il peut être procédé à une ouverture d'officine selon trois procédés : par création, par transfert ou par regroupement.

Les conditions diffèrent selon que la commune a plus ou moins de 2 500 habitants recensés et selon qu'elle est dépourvue ou non d'officine de pharmacie. Dans les communes ayant au moins 2 500 habitants et qui sont dépourvues d'officine, une ouverture ne peut être autorisée que par voie de transfert d'une officine installée dans une autre commune. Dans les communes d'au moins 2 500 habitants disposant d'au moins une officine, l'ouverture d'une nouvelle officine peut être autorisée à raison d'une autorisation par tranche complète de 3 500 habitants recensés, mais cette ouverture doit se faire par voie de transfert ou de regroupement. Dans les communes de moins de 2 500 habitants qui viennent à perdre leur dernière officine à la suite d'une cessation définitive d'activité, l'installation d'une officine peut être autorisée par voie de transfert, à condition que la population desservie par cette officine soit au moins égale à 2 500 habitants.

Dans tous les cas, une ouverture par voie de création ne peut être autorisée que dans les communes dépourvues d'officine et dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles, les zones de redynamisation urbaine ou les zones de revitalisation rurale, ces dernières ayant été ajoutées par un amendement. En outre, deux conditions doivent être réunies pour la délivrance d'une licence : premièrement, les seuils de population de 2 500 ou

3 500 habitants doivent être vérifiés depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement général ou d'un recensement complémentaire de l'INSEE ; deuxièmement, aucune décision autorisant cette ouverture ne doit avoir été prise dans ce délai de deux ans par voie de transfert ou de regroupement.

Par ailleurs, le dernier alinéa de l'article 39 gèle, à titre transitoire, les créations d'officine pendant une durée de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008 pour tenir compte des variations de population recensée les plus récentes. Cette période de deux ans pourra être mise à profit pour évaluer le nouveau dispositif législatif encadrant les ouvertures d'officines.

Pardonnez-moi, chers collègues, d'avoir été long, mais il me semblait nécessaire d'expliquer cet amendement, qui réécrit une partie du texte.

J'en profite pour ajouter, à titre personnel, que nous avons à choisir entre deux dispositions : soit nous organisons une situation en pleine évolution, dans laquelle les plus petites officines auront de plus en plus de difficulté à garder leur place sur le marché, soit nous laissons faire le marché et, à l'horizon de deux ou trois ans, ces petites officines disparaîtront.

Un des buts du Gouvernement est de diminuer le coût de distribution, c'est-à-dire de diminuer les marges. Je suis néanmoins préoccupé à l'idée que le coût de ces transferts et de ces évolutions pour les grandes pharmacies risque de se traduire par un renchérissement des prix. Je ne suis pas certain, en effet, qu'on ne viendra pas nous expliquer un jour, comme c'est déjà le cas à présent, que la survie de telle officine ou de telle grande pharmacie ne sera possible qu'au prix du maintien des marges – c'est-à-dire que les députés seront peut-être l'objet de démarches moins nombreuses, mais tout aussi pressantes qu'aujourd'hui.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 632 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 92 tombe.

Je suis saisi d'un amendement n° 93.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il est défendu.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 93.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 161 et 162 tombent.

Je suis saisi d'un amendement n° 94.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 94 tend à rectifier une erreur matérielle.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 94.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 95.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 95.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 633.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 633 est défendu.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 633.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement, n° 634.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour le soutenir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 634 est un amendement de clarification.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable, sous réserve néanmoins de l'adoption d'un sous-amendement, n° 684, visant à maintenir à dix ans, au lieu de cinq, la durée du gel des licences.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement, qui portera le n° 684 ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission a toujours donné un avis défavorable aux amendements tendant à porter le délai de cinq ans à dix ans.

M. le président. Maintenez-vous votre sous-amendement, madame la ministre ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je garde mon sous-amendement n° 684. S'il n'est pas adopté, je serai contrainte de demander le rejet de l'amendement n° 684 de la commission.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 684.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. Roland Muzeau. On va encore dire que ça grogne dans les rangs de l'UMP !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 634.

(L'amendement est adopté.)

M. Jean-Marie Le Guen. Il y a du tirage au sein de l'UMP !

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 96 tombe.

Je suis saisi d'un amendement n° 638.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est un amendement de coordination portant sur le dispositif applicable à Mayotte.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 638.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 98.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 98.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 99.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Amendement de précision.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 99.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 100.

Peut-être, monsieur le rapporteur, laissez-vous le soin à M. Georges Colombier de le soutenir ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Bien sûr, monsieur le président.

M. Georges Colombier. Le nouveau dispositif ne doit pas pénaliser les pharmaciens qui ont un dossier de création d'officine en cours d'instruction par les services de l'État. L'investissement humain et financier que nécessite la réalisation d'un projet d'ouverture d'officine de pharmacie ne

doit pas être réduit à néant par une modification des règles en cours de route, règles que les intéressés ignoraient nécessairement lors du dépôt de leur dossier.

Voilà pourquoi nous souhaitons que « tout dossier complet déposé avant le 1^{er} janvier 2008 bénéficie d'un droit d'antériorité et soit examiné selon les critères prévus par la loi alors en vigueur ».

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis défavorable. L'amendement vise à donner un droit d'antériorité à tout dossier déposé avant le 1^{er} janvier 2008. La demande peut être examinée de nombreuses années après le dépôt, ce qui entraînerait l'octroi de la licence sur un droit antérieur. La date du dépôt ne peut pas créer de droit. Pour des raisons juridiques, je suis défavorable à cet amendement.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. À titre personnel, j'y suis défavorable, mais la commission avait adopté cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 100.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 642.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il est défendu.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 642.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 39, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 39, ainsi modifié, est adopté.)

Article 40

(précédemment réservé)

M. le président. Sur l'article 40, je suis saisi d'un amendement n° 102.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 102.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 40, modifié par l'amendement n° 102.

(L'article 40, ainsi modifié, est adopté.)

Article 41
(précédemment réservé)

M. le président. Sur l'article 41, je suis saisi d'un amendement n° 657.

La parole est à Mme la ministre, pour le soutenir.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Vous le savez, mesdames et messieurs les députés, la Haute Autorité de santé dispose de moyens de financement variés, fixés par la loi, et qui garantissent son indépendance.

Outre les financements publics – subvention de l'État, dotation des régimes d'assurance maladie – la Haute Autorité de santé bénéficie de ressources propres : l'affectation d'une partie du produit des taxes de publicité, et des contributions perçues en échange de ses prestations.

Ainsi la HAS recouvre-t-elle auprès des établissements qu'elle certifie, une contribution qui représentait 9,6 millions d'euros en 2006 et qui est estimée entre 8 et 9 millions d'euros pour 2007.

Afin de lui faciliter le recouvrement de cette somme, l'amendement 657 vise à la faire verser directement par l'assurance maladie. Cette nouvelle modalité de versement ne remet nullement en cause le montant global de la dotation de l'assurance maladie versée à la HAS au regard de celle versée par l'État, dans la mesure où la rédaction fait bien la distinction entre ces deux parts contributives.

De même, cette nouvelle modalité de versement n'augmente aucunement la contribution nette de l'assurance maladie à la HAS. En effet, aujourd'hui la contribution des établissements est déjà financée par l'assurance maladie *via* l'ONDAM hospitalier. Cette contribution de l'ONDAM hospitalier supporté par l'assurance maladie deviendrait une subvention directe à la HAS. Autrement dit, on simplifie donc le dispositif, mais il s'agit d'un jeu à somme nulle. Je vous propose donc de voter cet amendement qui répond à un souci de simplification administrative.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission n'a pas examiné cet amendement mais, à titre personnel, je suis favorable à tout ce qui ressemble à une simplification administrative de procédures souvent complexes.

Cela permettra d'économiser un certain nombre de postes à la HAS qui se plaignait de la complexité du mode de recouvrement de ces fonds auprès des hôpitaux pour les agréments accordés, et qui souhaitait une évolution dans ce domaine.

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

M. Jean-Marie Le Guen. Je n'ai pas de jugement technique sur le sujet, mais je me demande si l'on ne devrait pas généraliser ce principe à toutes les autorités indépendantes jusqu'alors financées directement par les bénéficiaires de leurs prestations de services. Souvenez-vous des polémiques nées du fait que l'AFSSAPS soit financée par les laboratoires pharmaceutiques. Pourquoi refuser demain à l'AFSSAPS les principes appliqués à la HAS sous prétexte de pragmatisme ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 657.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 41 est ainsi rédigé.

Article 42
(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen inscrit sur l'article 42.

M. Jean-Marie Le Guen. Avec l'article 42, nous abordons la question de la tarification à l'activité – la T2A – et celle de la convergence entre les établissements du public et du privé, deux points très importants de ce projet de loi.

Nos positions sont connues, mais je veux les rappeler avec le plus de solennité possible – même si je le fais très rapidement et en style télégraphique – puisque je n'ai pas eu le sentiment d'avoir été entendu précédemment.

Premièrement, nous étions favorables, dans son principe, à la T2A. Des années après sa mise en œuvre, nous ne comprenons toujours pas pourquoi on n'en corrige pas ses effets tarifaires, de manière à prendre en compte les problèmes sociaux ou psychiatriques associés à certaines maladies. Il faut faire évoluer les tarifs de manière à mieux tenir compte des actes sociopsychiatriques et, plus globalement, les actes médicaux faisant appel à des prestations intellectuelles par opposition aux actes dits techniques.

Or la tarification actuelle favorise outrageusement les actes techniques, ce qui entraîne des déséquilibres dans les pratiques médicales. Comme cela ne semble pas être intentionnel, je ne comprends pas pourquoi on ne rectifie pas cette tendance qui favorise une médecine ou une chirurgie technicienne, porteuse souvent d'effets inflationnistes et parfois de risques iatrogènes.

Qui plus est, cette T2A intervient dans un contexte de pénurie budgétaire qui pèse sur nos hôpitaux publics. Cela crée dans un certain nombre de CHU ou d'hôpitaux de proximité, des tensions qui conduisent les personnels à douter de l'avenir du service public.

Deuxième point : le principe de convergence entre les établissements du public et du privé. Je pensais que le Gouvernement avait pris la sage décision – insuffisante à mes yeux, mais néanmoins sage – de ne pas aller plus loin dans ce domaine. Il semblerait que ce ne soit pas le cas, puisqu'un amendement gouvernemental tend à faire redémarrer le mouvement.

J'aimerais que nos collègues se rendent compte de la situation dans laquelle nous nous retrouvons, quelques années après l'application de ce principe de convergence. Dans le domaine de la santé, la France est le pays européen où le secteur privé à but lucratif tient, et de loin, la place la plus importante en matière d'offre hospitalière. Ni en Allemagne, ni en Grande-Bretagne, ni dans aucun pays scandinave, on n'observe un tel taux de pénétration des cliniques privées à but lucratif, notamment – évidemment – en chirurgie programmée ou en hémodialyse.

De plus, ce secteur des cliniques privées est en pleine restructuration. Le modèle traditionnel – la clinique fondée par un médecin ou un chirurgien – est en train de disparaître. On assiste désormais à une entrée massive de fonds de pension anglo-saxons : ils ont déjà racheté des milliers et des milliers de lits, au point de représenter aujourd'hui plus de 30 % de l'hospitalisation privée en France.

Parmi ces acteurs on trouve la Générale de Santé – souvent décriée – mais aussi des fonds d'investissements présents aux États-Unis et en Europe comme Apax Partners qui possèdent plus de 6 000 lits, ou Blackstone qui vient d'acheter plus de 3 200 lits et s'appête à reprendre quarante établissements supplémentaires.

Or la règle, pour ces grands groupes financiers, est au minimum un taux de retour sur investissement à deux chiffres – probablement de l'ordre, en l'occurrence, de 18 à 20 %.

Que l'on ne néglige pas les problèmes de compétitivité, soit, mais que l'État ne se montre pas meilleur stratège, et surtout ne soit pas capable d'empêcher ce secteur de devenir un lieu de pur profit, pose un problème majeur auquel nous devrions, sur tous les bancs de cet hémicycle, être sensibles. Bref, il y a des dérapages et, en développant le processus de convergence, le Gouvernement aggrave une situation qui se révélera bientôt irrécupérable.

Nous nous sommes fixé des règles de travail que je respecte : je n'interviendrai donc plus lors de la discussion des amendements, mais je tenais à interpeller solennellement l'ensemble de nos collègues sur cette question majeure.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je ne serai pas longue, mais je tiens à exprimer le désaccord total du groupe de la Gauche démocrate et républicaine, dans toutes ses composantes, avec l'extension du financement des hôpitaux par la T2A.

Nous avons en France un système de santé équilibré que beaucoup de pays nous enviaient. Malgré ses défauts et ses insuffisances, il fonctionnait plutôt bien. Or vous nous proposez une course à la rentabilité qui, on le voit aux États-Unis et dans d'autres pays, ne permet qu'à ceux qui en ont les moyens de recevoir des soins selon leurs besoins : les plus modestes, eux, doivent attendre très longtemps avant d'être soignés, quand ils peuvent l'être. Il s'agit donc d'une rupture fondamentale – qui a d'ailleurs son pendant pour la médecine de ville avec l'instauration des franchises – avec le système équilibré construit à la Libération, lequel permettait à tout un chacun d'être soigné au mieux, là où ses besoins l'exigeaient : chez le médecin de ville, au dispensaire – il y en a de moins en moins, mais ils étaient nombreux à l'époque –, ou, en dernière instance, à l'hôpital, même si l'on pouvait y séjourner à la suite d'une simple consultation.

Vous déstabilisez l'ensemble d'un système qui a fait ses preuves pendant soixante ans pour le livrer à la concurrence. Bien que vous en connaissiez très bien les conséquences – car on les observe dans d'autres pays –, vous avez choisi cette voie pour des raisons idéologiques. Dans dix ou quinze ans, nous aurons sans doute, comme c'est régulièrement le cas aux États-Unis, un débat sur la façon de mettre en œuvre des systèmes tels que *Medicaid*.

Bref, ce que vous nous proposez est un très mauvais coup porté à notre système républicain de santé, lequel, je le répète, a fait ses preuves, quand bien même il pouvait avoir besoin d'améliorations. Votre dispositif ne fera qu'aggraver les difficultés financières rencontrées par de nombreux hôpitaux, et je crains malheureusement que nous n'assistions à une régression, non seulement financière, mais sanitaire, dont il nous faudra beaucoup de temps et de moyens pour sortir.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Un tel sujet mérite un débat de fond.

Plusieurs systèmes d'évaluation du coût de l'hospitalisation – qu'elle soit privée ou publique – ont été inventés : ils ont tous montré leurs limites. La tarification à l'activité, pour imparfaite qu'elle soit, semble la meilleure formule, même

si, comme l'a indiqué Jean-Marie Le Guen, l'acte intellectuel et l'environnement social du patient y sont encore insuffisamment pris en compte : nous en sommes tous d'accord, le rapport de notre collègue Jacques Domergue, effectué dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, l'avait également relevé. Certes, il y a les MIGAC – missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Mais cela ne suffit pas : il faut intégrer de façon plus stricte ces éléments dans la prise en charge du patient. Ce qui permettrait du reste de voir que la convergence entre les établissements publics et privés est, de fait, particulièrement difficile.

Les hôpitaux privés ont connu ces dernières années une évolution importante. Autrefois, leur organisation était pour ainsi dire familiale : les praticiens se réunissaient pour « capitaliser », ce qui créait une saine émulation avec l'hôpital public. Mais aujourd'hui, l'augmentation des coûts liée au développement technologique ne peut plus être assumée par la seule initiative individuelle et de grands groupes financiers ont investi donc le secteur privé.

Nous sommes simples spectateurs de ce phénomène – j'en fais crédit à chacun ici –, et c'est collectivement que nous devons trouver des solutions. Même si la France est le pays le plus touché par les investissements de ces grands groupes financiers, peut-être devrions-nous porter le débat sur la place publique européenne : ne pourrait-on considérer qu'à l'instar de l'exception culturelle, la santé n'est pas un bien comme les autres et qu'il faudrait mettre en place des barrières limitant les excès d'une logique purement concurrentielle ?

Comme l'avait dit M. Couanau lors de la discussion générale, je pense, madame la ministre, qu'il est très important de réformer l'hôpital public car il n'a plus les moyens de se battre à armes égales avec le secteur privé – les marchés publics étant soumis à une législation différente. L'hôpital public en est souvent réduit à l'apathie, et il rencontre de grandes difficultés.

Des coopérations entre le secteur privé et le secteur public existent : il faut les favoriser et les encadrer. Mais il est plus important encore de favoriser, par des mesures incitatives, les coopérations entre les hôpitaux publics eux-mêmes : ils sont en effet, je le répète, en situation de déséquilibre par rapport aux établissements privés. Cette situation ne peut plus durer. Tous nos collègues, sur l'ensemble des bancs – je leur en fais crédit – veulent défendre l'hôpital public ; mais face à d'aussi graves déséquilibres, soyons prudents et vigilants quant aux dispositifs que nous allons mettre en place.

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

M. Dominique Tian. Cette intervention me permet d'anticiper la défense de mes amendements, sur lesquels je ne m'appesantirai pas : nous gagnerons ainsi un peu de temps.

Le principe de la T2A, qui repose sur la comparaison des tarifs pathologie par pathologie entre le secteur public et le secteur privé, est connu depuis des années, puisque les différents gouvernements pratiquaient une telle comparaison. Il faut à cet égard lire attentivement le rapport de la Cour des comptes – puisque l'opposition l'a citée sur bien d'autres sujets – relatif à la gestion des hôpitaux, qui évoque des marges de manœuvre très importantes, et va jusqu'à parler de gaspillage dans la gestion des hôpitaux.

M. Roland Muzeau. La Cour des comptes ne dit pas que cela : on va y venir !

M. Dominique Tian. La comparaison des tarifs ne doit donc effrayer personne : le fait que tel ou tel acte médical soit plus cher dans le public que dans le privé doit seulement nous amener à la conclusion que c'est la sécurité sociale – donc le contribuable ou l'assuré social – qui paie. Bref, il ne faut pas craindre la vérité sur les prix.

Nous allons à nouveau débattre de cette comparaison, notamment avec un amendement du rapporteur M. Door, qui devrait permettre de maintenir l'objectif de convergence pour 2009 : si on recule celle-ci tous les ans, de PLFSS en PLFSS, on n'avancera jamais.

Comme on vient de le dire, il convient d'encourager la complémentarité entre le public et le privé, et non d'opposer ces deux secteurs. Mais nous devons aussi amener les hôpitaux à pratiquer la vérité sur les prix et à se poser un certain nombre de questions.

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je partage les avis que l'on vient d'entendre : nous sommes à un article très important du PLFSS.

Je voudrais d'abord faire litière de certains procès d'intention, à commencer, madame Billard, par celui qui voudrait que l'amendement relatif au passage à la T2A aurait je ne sais quelle ambition idéologique. Je rappelle que ce passage, dont M. Le Guen a bien voulu nous dire qu'il approuvait son principe, a été réclamé par la Fédération hospitalière de France.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Tout à fait !

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Que je sache, M. Claude Evin, qui la préside, et M. Gérard Vincent, qui en assure la direction générale, ne sont pas des tenants d'un libéralisme à tous crins ! Il y a donc lieu, me semble-t-il, de s'abstenir de certains procès d'intention.

Ce que nous souhaitons en vous proposant la tarification à l'activité, c'est assurer une meilleure gestion de l'hôpital public et lui ouvrir de nouvelles marges de manœuvre. Le financement des établissements publics est assuré à 50 % par la T2A et à 50 % par une dotation annuelle complémentaire : quand celle-ci est épuisée, comment faire ? Vous retombez dans des difficultés encore plus grandes ! C'est bien pour cette raison que les gestionnaires de l'hôpital public appellent au passage à la T2A : il faut rétablir la vérité !

L'article 42 est dense, mais il forme un tout cohérent : il actualise des dispositions techniques existantes, accompagne les établissements dans la mise en œuvre de la réforme – réclamée, je le répète, par l'hôpital public – et adapte le dispositif pour prendre en compte certaines situations particulières.

Au titre de l'actualisation des dispositions techniques existantes, l'article prévoit que les modalités actuelles de valorisation de l'activité par les agences régionales de l'hospitalisation prendront fin au 31 décembre 2008, c'est-à-dire au moment de la mise en place de la facturation directe. L'article 42 prévoit par ailleurs les modes de calcul de la participation des assurés jusqu'à la même date.

Deuxième point : au titre de l'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre de la réforme, nous définissons le nouveau mode de montée en charge de la réforme de la T2A dans le secteur public, désormais identique à celle qui est appliquée aux cliniques privées.

Sont ainsi concernés par ce mécanisme l'ensemble des prestations d'hospitalisation – en dehors, bien sûr, de l'hospitalisation à domicile et des prélèvements d'organes –, les consultations et les actes externes. Ainsi, la valorisation de l'activité s'effectuera sur la base du tarif national, majoré ou minoré par l'application d'un coefficient correcteur.

Ce coefficient, dont le mode de calcul est fixé dans un alinéa de l'article, prend en compte la situation de chaque établissement en lui assurant au départ le maintien de son niveau de recettes. Le coefficient brut s'applique aux tarifs qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

Ces mêmes tarifs – pardonnez-moi d'être un peu technique, mais je sais que je m'adresse à un public averti – sont calculés de telle manière qu'il y ait une équivalence entre les charges de l'assurance maladie antérieures au passage à un financement de l'activité à 100 % et celles qui résultent de la mise en œuvre de la réforme.

À compter du 1^{er} mars 2008, le coefficient de transition qui s'applique à ces tarifs commencera à converger vers la valeur 1. Cette valeur doit être atteinte au plus tard en 2012 : autrement dit, la mesure est lissée sur cinq ans. Les modalités de convergence du coefficient sont également fixées dans l'article. Le principe retenu est celui qui est actuellement appliqué aux cliniques privées.

Dans l'attente de la facturation directe aux caisses, les établissements leur transmettent les informations de séjour des patients pour permettre la répartition des charges de l'assurance maladie entre les régimes et les risques.

Dans le même souci d'accompagnement des établissements dans la mise en œuvre de la réforme, il est prévu un mécanisme d'avances de trésorerie par l'assurance maladie afin de compenser le décalage entre la date des soins et leur remboursement aux établissements et, dans l'alinéa suivant, une prise en compte du coefficient de transition dans l'état des prévisions des recettes et des dépenses.

Troisième point : la recherche d'une adaptation du dispositif aux situations particulières nous conduit à prévoir la définition, par voie réglementaire, d'un régime propre au service de santé des armées, qui n'est pas soumis pour l'instant à la T2A.

La recherche d'une adaptation du dispositif de financement aux situations rencontrées justifie également que l'application de la T2A en Guyane soit différée jusqu'en 2009, à moins que des conditions favorables en permettent avant cette date un alignement sur la métropole.

Enfin, toujours dans un souci d'adaptation, nous vous proposons de revenir sur l'objectif de convergence tarifaire de 50 % en 2008, puisque les résultats des travaux portant sur les écarts de coûts observés entre les secteurs public et privé, qui font actuellement l'objet d'une étude très approfondie, ne seront pas disponibles à la date initialement prévue. Dans ces conditions, il serait irréaliste de maintenir un objectif qui nous exposerait à prendre des mesures définitives sans appui scientifique. Cela étant, dans un souci d'information et de transparence, le Gouvernement s'engage à fournir au Parlement un bilan sur ces travaux avant la fin du mois d'octobre 2008.

En outre, la loi de décentralisation du 13 août 2004 ayant transféré aux régions le financement de la formation de certains personnels para-médicaux, l'article 42 en supprime le financement par les crédits MIGAC de l'assurance maladie pour en laisser la charge aux régions.

Par ailleurs, pour s'adapter aux spécificités du régime de comptabilité publique du service de santé des armées et assouplir le versement des forfaits et des dotations MIGAC, l'article 42 met fin à l'étalement sur douze mois de ce versement et en renvoie les modalités de mise en œuvre au domaine réglementaire.

S'agissant des MIGAC, un établissement de santé en difficulté financière bénéficiant d'une aide du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation devra à l'avenir s'engager à prendre les mesures nécessaires au retour à l'équilibre que prévoit son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Enfin, l'article 42 modifie les compétences du conseil de tutelle de l'assistance publique – hôpitaux de Paris pour adapter la réforme de la T2A aux spécificités de l'AP-HP.

Il s'agit donc, comme vous le voyez, d'un article dense et cohérent. J'ai bien compris vos observations et vos préconisations, mais je vous confirme que des études sont en cours sur les différences entre secteur public et secteur privé. Les représentants de l'hôpital public nous ont confirmé qu'ils attendaient le passage à la T2A, qui améliorera la gestion du secteur hospitalier public.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 210.

La parole est à M. Roland Muzeau, pour le soutenir.

M. Roland Muzeau. L'article 42 prévoit de porter la part de la tarification de l'activité des hôpitaux à 100 %. Nous ne sommes pas favorables à cette généralisation, pour deux raisons : la T2A sous-évalue les activités de service public assurées par l'hôpital...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Non, il s'agit d'autres crédits !

M. Roland Muzeau. Ne soyez pas si pressée, madame la ministre !

... et elle présente un caractère inflationniste incontestable. Les missions de service public spécifiques de l'hôpital – formation des médecins, urgences, dont sont exonérées les cliniques privées – sont insuffisamment rémunérées dans le cadre de la T2A...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Ce n'est pas la T2A !

M. Roland Muzeau. ... tout comme la prise en charge des personnes âgées, souffrant de problèmes sociaux ou psychiatriques ou encore de polyopathologies, qui nécessitent de longs séjours et des actes spécifiques comme les soins de suite et le travail social.

C'est la raison pour laquelle les cliniques privées qui en ont la possibilité refusent de prendre en charge ces patients, préférant des patients nécessitant des actes techniques et peu de soins de suite. L'hôpital public, lui, est tenu d'accueillir tous les patients, ce qu'au demeurant il assume.

En outre, la T2A entraînera inévitablement un dérapage des dépenses, risque déjà souligné en 2005 dans un rapport de l'IGAS. La Cour des comptes, dans son dernier rapport de 2006 sur la sécurité sociale, écrivait que la T2A comporte intrinsèquement un risque inflationniste important, car elle fait disparaître la régulation budgétaire qui s'appliquait aux établissements bénéficiant de la dotation globale. L'application de la T2A aux cliniques privées explique du reste l'accroissement des dépenses, déjà constatées en 2006, d'un secteur dont les dérivés – essor exponentiel, cotation en

bourse de la Générale de santé, entre autres, marges bénéficiaires considérables – ne sauraient laisser les parlementaires indifférents.

Pour ces deux raisons – l'absence de prise en compte des missions de service public de l'hôpital et la dérive des coûts, qui aggravera encore la situation du secteur public – nous vous proposons de supprimer cet article.

Vous dites, madame la ministre, que Claude Évin et Gérard Vincent approuvent l'extension de la T2A à l'hôpital public ; encore l'assortissaient-ils d'une série de conditions, en ajoutant que si celles-ci n'étaient pas réunies, les établissements se heurteraient de graves difficultés. Ils ont par ailleurs insisté sur le rythme de convergence, à leurs yeux trop rapide. Vous pouvez d'ailleurs vérifier que c'était l'une des conditions exigées par la Fédération hospitalière de France pour soutenir la T2A.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Je voudrais ajouter quelques mots, compte tenu de l'importance de cet article.

Comme l'a rappelé Mme la ministre, les représentants de la Fédération hospitalière de France m'ont fait part, ainsi qu'à M. le président de la commission, de leur intérêt pour le passage à la T2A à 100 %, à condition, bien entendu, que nous les aidions à converger vers les établissements les plus efficaces. C'est l'objectif qu'ils se proposent d'atteindre, moyennant quelques adaptations.

Les choses ont bien changé. Il y a quatre ans, j'avais déposé un amendement visant la convergence à 50 % avec le privé afin d'adresser un message fort au secteur hospitalier public : malgré les nombreuses difficultés, le passage à la T2A est indispensable. À l'époque, beaucoup cherchaient à temporiser. En adoptant cet amendement, nous avons adressé un message politique clair à l'hôpital, bien que cette convergence paraissait, sur le plan technique, totalement irréaliste.

Depuis, les mentalités ont évolué. L'hôpital public a compris que ce n'était pas le changement qui le mettait en difficulté, mais le conservatisme. S'il a perdu des parts de marché au niveau de l'hospitalisation, c'est faute d'avoir su répondre aux attentes de nos concitoyens. Pourquoi la chirurgie ambulatoire a-t-elle été récupérée par l'hospitalisation privée ? Tout simplement parce que l'hôpital public, ce qu'a confirmé le président Évin, pour des raisons de contraintes statutaires – comme c'est toujours le cas lorsqu'il s'agit de l'hôpital public – n'a pas su répondre à l'attente des patients, qui se sont tournés vers les établissements qui leur proposaient les services qu'ils attendaient. Le conservatisme a mis l'hôpital en difficulté, et si nous ne faisons rien, le conduira à un déclin irrémédiable.

Quant à l'échéance de 2012, en imposant à l'hôpital public un rythme de modernisation soutenu, n'a d'autre but que de le défendre en le rendant plus réactif et plus efficace. Ce texte nous donne les moyens d'y parvenir à l'horizon 2012.

J'insiste en outre sur la nécessité de simplifier les procédures, qui à l'évidence posent des problèmes même aux services les plus compétents. Deux ou trois ans ont été nécessaires à l'élaboration des rapports sur les conditions et les moyens de la convergence, que nous présenterons le 15 octobre 2008. La modernisation des systèmes d'information est indispensable – encore faut-il éviter la multiplication de systèmes qui pourraient avoir du mal à « discuter » ensemble.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. L'article 42 porte, d'une part, sur le passage de l'hôpital public à la T2A à 100 %, d'autre part, sur la convergence entre secteur public et secteur privé.

Favorable à la première mesure, la Fédération hospitalière de France rappelle à juste titre que la tarification à l'activité ne représente que 50 % du budget de l'hôpital – les 50 % restants, en particulier les missions de service public, étant assurés par les MIGAC.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
Et les mairies !

Mme Catherine Génisson. Il n'en est pas moins nécessaire, comme l'a dit M. Le Guen, que la T2A prenne davantage en considération la dimension d'acte intellectuel ainsi que l'environnement social et psychiatrique du patient.

Par ailleurs, M. Muzeau a souligné à juste titre l'effet inflationniste de la T2A et la logique de rentabilité qui explique le redressement du secteur privé. Ce n'est pas une critique de ma part, c'est la réalité. Cette logique est aggravée par les conditions de fonctionnement du secteur privé, dont souffrent parfois les praticiens auxquels leur direction impose un fort retour sur investissement.

Au-delà de la T2A, il est essentiel de distinguer les interventions pratiquées au sein d'un service. Certains, on le sait bien, choisissent les interventions « rentables », les autres étant systématiquement dirigées vers l'hôpital public. Il ne s'agit pas de morale, mais de réalisme... Je vous demande de tenir compte de la variété des interventions qui sont effectuées dans un service, et pas seulement de la tarification à l'activité telle qu'elle est envisagée actuellement.

Je suis donc favorable au passage à 100 % de la T2A, sous réserve que la qualification de la T2A soit enrichie en conséquence. Mais s'agissant de la convergence, nous allons droit dans le mur ! Si nous réclamons une réforme de l'hôpital public, c'est pour qu'il ait des marges de manœuvres supplémentaires, qu'il puisse prendre des initiatives et assumer ses responsabilités. C'est une demande très forte. Je vous renvoie à l'excellent rapport de M. Couanau, qui date de 2003 mais qui n'a entraîné aucune mesure concrète !

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 584.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. L'amendement n° 585 est-il également défendu ?

M. Dominique Tian. En effet, il est défendu.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.
La commission a repoussé ces amendements. Comment serait-il possible de revaloriser plus encore les gagnants de la T2A sans ponctionner davantage les perdants, sauf

à accroître considérablement les dépenses de l'assurance maladie ? Nous devons avancer vers la convergence à un rythme équilibré.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
Même avis défavorable, pour les mêmes raisons, excellemment exposées par le rapporteur.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 584.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 585 a été défendu.

Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 414.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.
Il est retiré.

M. le président. L'amendement n° 414 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 574.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.
Avis défavorable.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 574.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 103.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.
La convergence des tarifs entre le secteur des établissements antérieurement financés par dotation globale et le secteur des cliniques privées est l'un des fondements du système de tarification à l'activité. Il est donc essentiel pour la crédibilité de la réforme de maintenir une étape intermédiaire.

Toutefois, afin de laisser le temps nécessaire à l'obtention des résultats des études sur la différence dans la nature des charges entre les deux secteurs, cet amendement vise à porter l'étape intermédiaire à 2009 au lieu de 2008. Il serait en effet difficile de faire en un an 50 % du chemin de la convergence, alors que nous avons été incapables de le faire au cours des quatre dernières années.

J'ajoute que, à titre personnel, je me suis opposé à cet amendement de la commission, pour les raisons que je vous ai données tout à l'heure.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.
Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 103.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 459.

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour le soutenir.

Mme Catherine Génisson. Je l'ai défendu et je n'y reviens pas. Nous respectons la règle que nous nous sommes fixée.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Défavorable, car cet amendement revient de fait à supprimer la convergence.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 459.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 658 rectifié.

La parole est à Mme la ministre, pour le soutenir.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Nous sommes particulièrement attachés à la convergence entre les tarifs des établissements antérieurement financés par dotation globale et ceux des établissements antérieurement financés sous objectif national quantifié. Pour des raisons techniques objectives, les données scientifiques sur les écarts de coût ne sont pas disponibles. Dès lors, la référence à l'étape intermédiaire de 2008 pour la convergence intersectorielle doit être supprimée. Ce contretemps ne signifie pas l'arrêt du processus. Le principe d'une convergence achevée en 2012 demeure et le Gouvernement entend poursuivre, dans le respect de cet objectif, les études économiques avec l'ensemble des acteurs des deux secteurs hospitaliers.

Nous posons un jalon important en nous engageant à transmettre au Parlement, avant le 15 octobre 2008, un bilan des travaux menés sur les écarts de coût observés entre les secteurs public et privé. Pour préciser mes intentions, je souhaite fixer une cible : l'amendement n° 658 rectifié affirme explicitement le principe d'une convergence orientée vers les établissements les plus efficaces...

M. Roland Muzeau. Efficaces en quoi ?

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. ...et identifiés comme étant ceux du secteur privé à but lucratif, comme le recommandent différents corps de contrôle et autorités.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission, mais, dans la mesure où il vise à ce que la convergence s'opère vers les tarifs des établissements les plus efficaces ou les plus performants, comme le préconisent d'ailleurs le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, celui de la MECSS, ou encore la mission de l'IGAS sur la T2A, on ne peut être que favorable à cet amendement. Une convergence vers les établissements les moins efficaces ou qui demeurent à un niveau moyen serait incompatible avec l'ONDAM retenu : ce serait un mauvais service à rendre à l'hôpital public.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 658 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 586 rectifié et 659, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 586 rectifié.

M. Dominique Tian. Il est défendu. Mais, à la vérité, je ne sais que dire, car l'amendement de la commission qui repoussait l'étape intermédiaire de la convergence à 2009, auquel je m'étais associé, a été très mollement défendu par le rapporteur.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 659.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Je demanderai sans doute à Dominique Tian de bien vouloir retirer son amendement, car l'amendement n° 659 du Gouvernement me semble répondre à sa préoccupation.

Je le répète, nous sommes attachés à la convergence entre les tarifs des deux secteurs. Cet amendement engage le Gouvernement à fixer désormais ces tarifs à un niveau identique pour toute prestation nouvellement créée, après ajustement des périmètres de tarifs propres à chaque secteur.

Il est en outre précisé que l'alignement des tarifs se fera dans la limite des écarts constatés par les études économiques en cours sur la mesure des écarts de coût entre public et privé. Ne pas introduire cette disposition reviendrait à préjuger du résultat des études en cours et conduirait à invalider toute la démarche scientifique et économique engagée, jusqu'à présent et dans un avenir proche, par l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier.

Je pense, monsieur Tian, avoir répondu à votre interrogation.

M. Dominique Tian. Absolument !

M. le président. Retirez-vous votre amendement ?

M. Dominique Tian. Oui.

M. le président. L'amendement n° 586 rectifié est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 659 ?

M. Dominique Tian. À titre personnel, bien sûr ! *(Sourires.)*

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission n'a pas examiné l'amendement du Gouvernement, mais – vous l'avez deviné, monsieur Tian ! – à titre personnel, j'y suis favorable. Il permet en effet de mieux expliciter la démarche de convergence intersectorielle.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 659.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 579.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Il est défendu, tout comme les amendements n°s 589 et 582.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Défavorable à l'amendement n° 579, comme aux amendements n°s 589 et 582.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Même avis que la commission sur les trois amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 579.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 589, déjà défendu et sur lequel la commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable.

Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 582, déjà défendu et sur lequel la commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable

Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 105 rectifié et 456 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour soutenir l'amendement n° 105 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement n° 105, adopté par la commission, a été rectifié pour des raisons purement rédactionnelles. Il vise à appeler l'attention sur la situation des hôpitaux locaux, qui ne sont pas encore tarifés à l'activité, et à permettre un financement partiel à l'activité de ces hôpitaux pour l'hospitalisation à domicile et pour la dialyse. Le rapporteur Jean-Pierre Door a cependant exprimé des réserves, car les activités des hôpitaux locaux s'apparentent plus à des services de soins de suite et de rééducation et beaucoup n'ont pas encore la capacité de passer à la T2A.

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Les amendements n°s 105 rectifié et 456 rectifié partent sans doute d'une bonne intention, mais les adaptations législatives et réglementaires nécessaires ne seront pas prêtes dans les délais. En outre, un certain nombre d'hôpitaux et de petits hôpitaux locaux pratiquent déjà l'hospitalisation à domicile, mais ils n'ont malheureusement pas les moyens informatiques nécessaires pour passer à la T2A. Le Gouvernement est donc défavorable à ces amendements.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je retire l'amendement n° 105 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n° 456 rectifié.

Mme Catherine Génisson. Je tiens à le souligner, cet amendement est pourtant présenté par tous les groupes politiques de notre assemblée, puisque M. Leonetti avait déposé un amendement n° 241 rectifié identique à notre amendement n° 456 rectifié.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. On peut être plusieurs sur un mauvais coup ! *(Rires.)*

Mme Catherine Génisson. Vous avez raison, madame la ministre, il n'y a pas de support législatif pour que la tarification à l'activité soit reconnue pour certains hôpitaux locaux. Mais il y a là un vrai sujet : comment font, par exemple, les hôpitaux locaux qui font de l'hémodialyse ? Pardonnez-moi, mais votre réponse n'est pas satisfaisante. Nous demandons que le Gouvernement se penche sur le problème afin de le résoudre au plus vite. Vous ne pouvez pas vous contenter de dire que l'outil législatif n'existe pas : précisément, nous vous l'offrons !

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 577.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Une grande partie des charges des cliniques et des hôpitaux – et sur laquelle ils ont peu de prise – est consacrée à la rémunération et aux charges liées aux personnels. Les hôpitaux peuvent faire l'objet de mesures nouvelles, d'incitations nouvelles, de charges nouvelles.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission n'a pas examiné cet amendement. Mais, à titre personnel, j'y suis plutôt défavorable, avec regret *(Sourires)...*

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 577.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 664.

La parole est à Mme la ministre, pour le soutenir.

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cet amendement vise à répondre à la spécificité de l'AP-HP. Celle-ci représente 10 % des dépenses d'assurance maladie afférentes aux établissements publics et privés antérieurement financés par dotation globale pour la France entière, et 50 % pour la région Île-de-France. La tutelle financière de l'AP-HP est exercée par un conseil de tutelle composé des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, et du directeur de l'agence régionale.

Je vous propose de prendre en compte ces spécificités en adoptant cet amendement qui prévoit que, chaque année, l'effort de convergence appliqué au coefficient de transition de l'AP-HP sera égal au taux moyen régional de convergence et que ce coefficient lui sera notifié par le conseil de tutelle. Compte tenu du poids financier de l'AP-HP, des difficultés de gestion ne manqueraient pas de se produire si l'établissement était intégré au même titre que les autres dans le champ de la modulation régionale opérée par le directeur de l'ARH. Cette disposition permet également de lisser dans le temps l'effet revenu pour l'AP-HP de la mise en œuvre de la T2A à la vitesse moyenne retenue pour l'ensemble des établissements.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je remercie Mme la ministre d'avoir éclairé notre assemblée sur les modalités techniques de la convergence. Nous avons

tous compris ce que cela signifiait pour l'AP-HP : je puis donc donner un avis favorable à cet amendement ! (*Rires sur divers bancs.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. N'ayant pas l'intelligence de notre rapporteur, je n'ai malheureusement rien compris à vos explications, madame la ministre, et j'en aurais aimé une traduction simple ! (*Sourires.*)

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

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Bien que je sois membre du conseil d'administration de l'AP, j'avoue, madame la ministre, que je n'ai pas davantage compris vos propos ! Il est vrai que l'AP est une énorme machine, qui soigne des patients venant d'Île-de-France, mais aussi de la France entière. Elle possède d'ailleurs un certain nombre d'établissements en dehors de l'Île-de-France – aujourd'hui, moins qu'avant, mais il en reste quelques-uns. Madame la ministre, pouvez-vous préciser à nouveau l'objet de l'amendement ?

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

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Il s'agit d'une disposition purement administrative, rendue nécessaire par le fait que l'administration de l'AP-HP est très différente des autres hôpitaux publics.

M. Roland Muzeau. Je me joins à tous ceux qui n'ont rien compris...

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Soyons clairs : elle n'influe en rien sur le taux de convergence. Il s'agit simplement de préciser les missions du conseil de tutelle, qui n'existe que dans l'AP-HP.

M. le président. La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Madame le ministre, je suppose que nous finirons par comprendre votre amendement, mais en ce qui me concerne, ce n'est pas pour ce soir !

Devant une telle opacité, nous nous étions adressés directement à l'AP-HP qui nous a avoué, ce qui me paraît inquiétant, ne pas comprendre non plus la portée de ce dispositif et qui nous a renvoyés... aux débats parlementaires !

Comment vais-je donc pouvoir rapporter à l'AP-HP notre discussion ? J'espère que vos services, madame la ministre, lui adresseront une note explicative. S'ils ne le font pas, il ne restera plus à Yves Bur, qui, lui, a tout compris, qu'à aller faire un compte rendu au prochain conseil d'administration de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 664.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 42, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 42, ainsi modifié, est adopté.)

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. À vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, n° 284 :

Rapport n° 295, de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales :

Tome I de M. Yves Bur : Recettes et équilibre général ;

Tome II de M. Jean-Pierre Door : Assurance maladie et accidents du travail ;

Tome III de M. Hervé Féron : Famille ;

Tome IV de M. Denis Jacquat : Assurance vieillesse ;

Tome V de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron : Tableau comparatif et amendements non adoptés par la commission.

Avis n° 303, de Mme Marie-Anne Montchamp, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures quinze.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*

JEAN-PIERRE CARTON

