

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

37^e séance

Compte rendu intégral

3^e séance du jeudi 29 octobre 2009

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 1976)** (p. 8738)

TROISIÈME PARTIE (*suite*) (p. 8738)

Article 18 (p. 8738)

Après l'article 18 (p. 8738)

Amendement n° 147 rectifié

M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État.

Article 19 (p. 8738)

Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Luc Prével.

Amendements n° 88, 243, 294.

Article 20 (p. 8740)

M. Roland Muzeau.

Amendements n° 17.

Article 21 (p. 8740)

M. Jean-Luc Prével.

Amendements n° 587, 588.

Article 22 (p. 8740)

M. Jean-Luc Prével, M. Roland Muzeau.

Amendements n° 589.

Article 23 (p. 8741)

Amendements n° 590.

Article 24 (p. 8741)

M. Jean-Luc Prével.

Article 25 (p. 8741)

M. Jean-Luc Prével.

Article 26 (p. 8742)

Amendements n° 577.

Après l'article 26 (p. 8742)

Amendements n° 89 rectifié.

Article 27 (p. 8742)

Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Luc Prével, M. Gérard Bapt.

Amendements n° 18.

SECONDE DÉLIBÉRATION (p. 8743)

Article 11 (p. 8743)

Amendement n° 1

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Article 21 (p. 8744)

Amendements n° 2, 3.

Article 22 (p. 8744)

Amendements n° 4.

Article 23 (p. 8744)

Amendements n° 5.

QUATRIÈME PARTIE (p. 8745)

Article 28 (p. 8745)

M. Jean-Luc Prével, M. Roland Muzeau, Mme Marisol Touraine, Mme Catherine Lemorton, Mme Catherine Génisson, M. Jean Mallot.

Amendements n° 255, 19, 591.

Après l'article 28 (p. 8748)

Amendements n° 259.

Amendements n° 258 rectifié et 456.

Amendements n° 262.

Amendements identiques n° 90 rectifié et 254 deuxième rectification.

Amendement n° 146.

Article 29 (p. 8753)

M. Jean-Luc Prével, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Michèle Delaunay, Mme Catherine Génisson.

Amendements n° 269, 20.

Après l'article 29 (p. 8756)

Amendement n° 21 rectifié avec le sous-amendement 571 rectifié et amendement n° 392.

Amendements n° 373, 424, 23, 592, 348,

Amendements identiques n° 24 et 132.

Amendements n° 420 deuxième rectification et 491 rectifié.

Amendements n° 260 rectifié, 316 rectifié.

Amendements identiques n° 25 rectifié et 214 rectifié.

Amendements n° 212 et 363

Amendements n^{os} 270 rectifié et 26 rectifié.

Amendements n^{os} 364, 213.

Amendements identiques n^{os} 394 rectifié et 391 rectifié.

Amendements n^{os} 465, 466 rectifié, 144, 195 rectifié, 315 rectifié, 422 rectifié, 455 rectifié.

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 8769)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. MARC LE FUR

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n^{os} 1976, 1994, 1995).

TROISIÈME PARTIE *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles de la troisième partie, s'arrêtant à l'article 18.

Article 18

(L'article 18 est adopté.)

Après l'article 18

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 147 rectifié, portant article additionnel après l'article 18.

La parole est à M. Arnaud Robinet, pour le soutenir.

M. Arnaud Robinet. Monsieur le président, madame la ministre de la santé et des sports, monsieur le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, mes chers collègues, la loi de modernisation de l'économie a créé le statut d'auto-entrepreneur, étendu aux professions libérales par la loi pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés.

Le bénéfice de ce statut est malheureusement limité par la rédaction du dispositif aux activités commencées après l'entrée en vigueur de la loi, créant ainsi une véritable distorsion de concurrence entre les professions libérales.

Le présent amendement vise à corriger cette injustice en ouvrant le régime de l'auto-entrepreneur à tous les professionnels libéraux non réglementés, qu'ils soient créateurs ou déjà en activité. Les professionnels libéraux seront ainsi dans la même situation que les commerçants en activité, qui peuvent déjà opter pour le régime de l'auto-entrepreneur.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n^o 147 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général. La commission a émis avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État. Même avis.

(L'amendement n^o 147 rectifié n'est pas adopté.)

Article 19

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 19.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Madame, monsieur les ministres, l'article 19 prévoit la non-compensation de l'exemption d'assiette des bonus créée, au printemps dernier, par la loi pour le développement économique des outre-mer. On explique, pour la justifier, que ces bonus sont exceptionnels, limités à trois ans, et qu'ils n'ont pas vocation, assure-t-on, à se substituer aux salaires... Autant dire que tous les arguments, y compris les plus fantaisistes, sont permis pour aggraver davantage encore le déficit des caisses de sécurité sociale!

Je rappelle que les non-compensations ont généré une perte sèche pour la sécurité sociale de 3 milliards d'euros en 2009, et si je me félicite que les salariés ultramarins aient pu obtenir une amélioration de leur pouvoir d'achat – même s'il a fallu, pour vous en convaincre, un mouvement social d'ampleur –, il n'en reste pas moins que vous avez créé une niche sociale supplémentaire.

Sur les 150 millions annoncés par M. Fillon dans le cadre de cette loi, la moitié est consacrée aux exonérations de cotisations patronales. Nous ne pouvons pas accepter cette non-compensation car elle n'est pas justifiée et fait plonger encore un peu plus les comptes sociaux. L'État, qui demande toujours plus d'efforts aux assurés sociaux, doit lui aussi assumer ses responsabilités.

C'est la raison pour laquelle nous avons déposé un amendement de suppression, que j'aurai ainsi défendu par avance.

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

M. Jean-Luc Prél. L'article 19 propose d'autoriser la non-compensation par l'État d'une mesure d'exonération sociale.

Le principe général, de notre point de vue, doit demeurer : l'État doit compenser intégralement les exonérations de cotisations sociales qu'il décide. Notre protection sociale est fragile, vous le savez fort bien monsieur le ministre – c'est même un euphémisme. Nous cherchons par ailleurs des recettes nouvelles.

Il faut le reconnaître, ces dernières années l'État a fait des efforts et compense mieux les exonérations qu'il a décidées.

M. Roland Muzeau. Il y a de la marge !

M. Jean-Luc Prével. Mais ce principe ne devrait souffrir aucune exception.

Mme Jacqueline Fraysse et M. Roland Muzeau. Très bien !

M. Jean-Luc Prével. Or, chaque année, vous nous proposez de nouvelles dispenses. Cette année, la mesure est relativement modeste – de l'ordre de 100 millions –, mais elle s'ajoute aux mesures proposées les années passées. Quelle est la justification de telles exemptions ? L'État ne devrait-il pas appliquer la loi en donnant l'exemple ? Au total, ces exonérations non compensées représenteraient 2,8 milliards !

M. le président. Je suis saisi de trois amendements de suppression de l'article, n^{os} 88, 243 et 294.

La parole est à Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, pour soutenir l'amendement n^o 88.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire. Cet amendement de la commission des finances se veut un amendement d'appel.

L'article 19 prévoit la non-compensation des primes exceptionnelles introduites par la loi pour le développement économique des outre-mer. Nous avons bien compris que cette mesure était temporaire et limitée à trois ans, et que c'est un élément de rémunération de droit commun ; mais nous souhaitons appeler l'attention du Gouvernement sur ce type de disposition qui, en cette période difficile pour le financement de la sécurité sociale, appelle la plus grande vigilance.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n^o 243.

Mme Catherine Génisson. Voilà déjà plusieurs années que nous condamnons fermement ce type de proposition qui consiste à décider des exonérations de cotisation sans les compenser au motif que leur montant ne serait pas très élevé. Quand on oblige à une dépense, il est normal de l'assumer.

L'article 19 est assez fallacieux dans la mesure où il propose, comme les autres années, la non-compensation d'un certain nombre d'exonérations de cotisations sociales mais aussi des mesures dérogeatoires, y compris dans leur durée, pour l'outre-mer.

On pourrait comprendre que des mesures temporaires soient prises en faveur de l'outre-mer, compte tenu de la grave crise sociale qui y a sévi il y a quelques mois, mais il est désagréable de voir ces mesures spécifiques pour l'outre-mer mêlées à d'autres mesures qui deviennent habituelles dans cet article 19. Au bout du compte, les sommes non compensées représentent des montants qui n'ont rien de négligeable : l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour

2007 avait déjà prévu une moindre rentrée de 79 millions d'euros en 2010, l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 une moindre rentrée de 33 millions en 2010 au bénéfice des arbitres et juges sportifs. Ce à quoi est venue s'ajouter l'exonération de la prime exceptionnelle de participation d'un montant maximum de 1 000 euros dans les entreprises de moins de cinquante salariés, soit une dépense de 71 millions d'euros en 2008 non compensée.

Nous avons passé de nombreuses heures à chercher à réaliser des économies de poche pour essayer de limiter le déficit de notre protection sociale. Or, là, sans vergogne, on nous propose de ne pas compenser un certain nombre d'exonérations de cotisations sociales à un niveau qui n'est pas du tout négligeable, en prétextant de la nécessité de soutenir l'activité sociale et économique de l'outre-mer.

M. le président. L'amendement n^o 294 a déjà été défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Yves Bur, rapporteur. La commission a donné un avis défavorable à ces amendements.

Même s'il ne s'agit que d'un jeu de vases communicants à l'intérieur de la sphère publique État-sécurité sociale, je conviens que les mesures de non-compensation que propose chaque année le PLFSS ne sont jamais satisfaisantes. Du reste, la commission avait adopté, en 2007, un amendement de suppression d'un article du PLFSS pour 2008 qui excluait de la compensation cinq nouvelles mesures.

Mais les temps ont changé. La loi de programmation des finances publiques a mis en place un encadrement des créations d'exonérations dont l'annexe 5 rend compte pour la première fois. Cette année, une seule nouvelle exonération n'est pas compensée, contre trois en 2007, cinq en 2008 et huit en 2009, ce qui représentait des montants bien supérieurs aux 95 millions d'euros proposés cette année.

M. Roland Muzeau. Cela ne change rien à l'affaire !

M. Yves Bur, rapporteur. Sans entrer dans un débat de fond, rappelons que cette unique mesure dont le PLFSS propose la non-compensation présente un caractère exceptionnel puisque sa durée a été limitée à trois ans et que la perte de recettes qu'elle entraîne avait été annoncée par le Gouvernement lors de la discussion du projet de loi pour le développement économique des outre-mer.

M. Roland Muzeau. Vous aviez juré de ne plus déroger. Voilà que vous repartez pour un tour !

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

M. Éric Woerth, ministre du budget. Je comprends la préoccupation de Mme Montchamp. Évidemment, il faut veiller à ne pas rajouter des dispositions prévoyant la non-compensation des cotisations sociales. Nous n'en avons pas rajouté puisque, après une hausse des dispositifs non compensés – cinq en loi de financement pour 2008 et six pour 2009 – un seul dispositif ne donnera pas lieu à compensation cette année. C'est donc un vrai progrès, même s'il reste un stock...

M. Roland Muzeau. C'est une de trop ! Vous en supprimez, mais vous en rajoutez derrière !

M. Éric Woerth, ministre du budget. L'objectif est de ne pas compenser des mesures de nature transitoire et qui n'ouvrent pas des droits spécifiques de sécurité sociale ; or le bonus exceptionnel tel que prévu par la loi de mai 2009 pour le

développement économique des outre-mer est limitée à trois ans, mais il ne se substitue pas à des éléments de rémunération, ce qui serait très critiquable, et n'ouvre aucun droit social.

M. Roland Muzeau. Cela coûte toute de même 300 millions !

M. Éric Woerth, ministre du budget. Voilà pourquoi nous avons estimé que ce dispositif pouvait ne pas être compensé. Cela dit, je partage bien évidemment votre vigilance.

(Les amendements identiques n^{os} 88, 243 et 294 ne sont pas adoptés.)

(L'article 19 est adopté.)

Article 20

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

M. Roland Muzeau. Sont exonérées ou exemptées de cotisation les heures supplémentaires et complémentaires, les entreprises prenant des stagiaires, les contrats de professionnalisation, les contrats vendanges, l'embauche de travailleurs occasionnels de moins de vingt-six ans dans le secteur agricole... Également exclus de l'assiette des cotisations les stock-options, les retraites chapeau, les indemnités versées dans certains cas de rupture du contrat de travail et le bonus exceptionnel outre-mer dont on vient de parler ! Ainsi l'annexe V détaille-t-elle dans une liste à la Prévert soixante-huit dispositifs qui coûteront à l'État la bagatelle de 3,5 milliards pour 2009 alors qu'ils auraient pu contribuer au financement de la sécurité sociale !

Que lit-on par ailleurs dans cette annexe ? Que les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires représentent un peu plus de 75 % du montant de l'ensemble des mesures d'exonérations compensées à la sécurité sociale en 2008 !

En clair la politique du Gouvernement en matière de fiscalité pour les entreprises consiste ni plus ni moins à cautionner les pratiques salariales au rabais du secteur privé tout en leur faisant cadeau de leur contribution au financement de la sécurité sociale au titre de ces emplois. Si nous reconnaissons que les TPME et les PME ont besoin d'une attention économique et peut-être fiscale particulière, elle ne doit pas aboutir à faire payer aux assurés sociaux ce que gagnent les entreprises avec leur force de travail et la bénédiction du Gouvernement.

Je ne reviendrai pas sur le bouclier fiscal pour demander encore sa suppression, mais enfin, reconnaissez que le fait que ses bénéficiaires les plus fortunés ne contribuent pas à hauteur de la totalité de leurs revenus au remboursement de la dette sociale est proprement scandaleux. Nous avons cru comprendre que même sur vos bancs et jusqu'aux rapporteurs cette inégalité de traitement des citoyens qui consiste à picorer sur le dos des pauvres pour préserver le patrimoine des nantis ne passe plus aussi facilement.

Cet article illustre une fois encore votre refus obstiné de rechercher ou de rétablir des sources pérennes de financement pour la sécurité sociale, refus que nous n'avons cessé de dénoncer.

M. le président. L'amendement n° 17 de la commission des affaires sociales se borne à rectifier une erreur matérielle.

(L'amendement n° 17, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 20, amendé, est adopté.)

Article 21

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

M. Jean-Luc Prével. L'article 21 fixe des prévisions de recettes. Vous prévoyez 404 milliards pour l'ensemble des régimes, 288 milliards pour le régime général et 12,9 milliards pour le FSV. Ces recettes sont très insuffisantes pour financer les dépenses. Elles dépendent beaucoup de l'activité économique et de l'évolution de la masse salariale. Celle-ci avait évolué ces dernières années autour de 4 % ; mais compte tenu d'une baisse de 2 % en 2009 et de votre prévision de baisse, plus modérée, de 0,4 % en 2010, les recettes se retrouvent globalement à stagner autour de 404 milliards. Nous souhaitons tous une reprise économique rapide, une diminution du chômage, une augmentation de la masse salariale ; mais, nous le savons, la crise est profonde, les sous-traitants souffrent plus particulièrement et le chômage risque encore d'augmenter cette année. Aussi est-il plus que jamais nécessaire de diversifier les recettes, de faire la chasse aux niches sociales dont l'utilité n'est pas toujours démontrée. Une mise à plat est indispensable pour vérifier que chaque euro exonéré l'est à bon escient, ce que nous pourrions appeler l'efficacité fiscale ou l'efficacité sociale.

Il conviendrait également que l'État poursuive son effort et compense intégralement les exonérations qu'il décide.

M. le président. L'amendement n° 587 du Gouvernement n'est-il pas de simple conséquence, monsieur le ministre ?

M. Éric Woerth, ministre du budget. Tout à fait, monsieur le président. Cet amendement tire les conséquences sur les objectifs 2010 de recettes des régimes d'assurance maladie de l'adoption de l'amendement à l'article 11 fixant le taux K à 1,4 %, qui se traduit par 50 millions d'euros de dépenses supplémentaires et fait passer l'ONDAM à 3,1 %.

(L'amendement n° 587, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 588 est de même nature.

M. Éric Woerth, ministre du budget. En effet, monsieur le président.

(L'amendement n° 588, accepté par la commission, est adopté.)

(L'article 21, amendé, est adopté.)

Article 22

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

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de l'approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base. En raison pour l'essentiel d'une stagnation des recettes en 2010, que nous venons de voter, après une forte diminution en 2009, nous constatons un aggravement très inquiétant du déficit puisqu'en incluant le FSV et en acceptant vos prévi-

sions économiques, ce déficit serait en 2009 de 27,7 milliards et en 2010 de 35,4 milliards, soit un total pour ces deux années de 63,1 milliards !

Bien entendu ce déficit ne peut nous laisser indifférents. Proposer que l'ACOSS puisse voir son plafond de trésorerie à 65 milliards ne peut nous satisfaire. Comment se financera-t-elle et où en serons-nous l'année prochaine ? Nous ne pouvons attendre davantage pour poursuivre au niveau des dépenses nos efforts vers une meilleure efficacité mais surtout pour rechercher de nouvelles recettes en visant notamment les niches sociales et pour le déficit en le transférant à la CADES. Nous n'échapperons pas à cette triple exigence, il n'est pas possible d'attendre davantage.

J'ai bien compris, monsieur le ministre, que vous souhaitiez reporter les décisions à l'année prochaine. Elles n'en seront sans doute que plus difficiles et plus douloureuses.

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

M. Roland Muzeau. Avec cet article 22, vous nous demandez d'approuver un déficit de 31,5 milliards d'euros pour 2010, des soldes négatifs de 14,2 milliards pour l'assurance maladie, 12,2 milliards pour l'assurance vieillesse, 4,4 milliards pour la famille et 0,7 milliard pour les accidents du travail et les maladies professionnelles... Tout cela alors qu'une seule piste est avancée dans ce PLFSS pour augmenter les recettes : la contribution des niches sociales – qui devrait être mise en place depuis déjà belle lurette et dans d'autres proportions !

Est-il utile de rappeler que les exonérations de charges sociales constituent un manque à gagner de vingt milliards d'euros pour les comptes sociaux ? Qu'une augmentation des salaires de 5 % rapporterait vingt milliards à la sécurité sociale ? Que si les revenus financiers cotisaient à hauteur des salaires, cela ferait plus de 70 milliards dont bénéficierait l'ensemble des citoyens au lieu de quelques privilégiés ?

Vous nous demandez également d'approuver les mesures de transferts de charges sur les ménages qui, gouttes d'eau dans l'océan des finances publiques, font couler les budgets des familles...

L'augmentation du forfait hospitalier et les nouveaux remboursements devraient rapporter 310 millions d'euros : cela n'est pas grand chose au regard du déficit, mais cela va faire exploser le reste à charge des assurés, déjà passé à 16,1 milliard en 2009, selon la DREES !

Vous nous demandez en somme d'approuver votre immobilisme sur les recettes – alors que nous avons formulé des propositions crédibles et ambitieuses – et votre dogmatisme en matière de dépenses. Nous refusons de cautionner une telle politique.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 589 du Gouvernement.

La parole est à M. le ministre du budget.

M. Éric Woerth, ministre du budget. C'est un amendement de conséquence.

(L'amendement n° 589, accepté par la commission, est adopté.)

(L'article 22, amendé, est adopté.)

Article 23

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 590.

La parole est à M. le ministre du budget.

M. Éric Woerth, ministre du budget. Amendement de conséquence.

(L'amendement n° 590, accepté par la commission, est adopté.)

(L'article 23, amendé, est adopté.)

Article 24

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

M. Jean-Luc Prével. Cet article concerne le FSV qui prend en charge pour la retraite le « non contributif ». Après une courte période de résultats positifs, le FSV est cette année en déficit de trois milliards. Comment s'en étonner, puisque vous l'avez privé d'une part de la CSG pour la reporter l'année dernière à la CADES ?

Le solde pour 2010 prévoit une aggravation du déficit lié, là encore, à la stagnation des recettes et à l'augmentation des charges, du fait de la hausse du chômage avec un surcoût de 700 millions, mais aussi parce que vous demandez au FSV de verser à la CNAV une participation forfaitaire correspondant à la validation des périodes d'arrêt maladie ou maternité, pour un coût de 630 millions en 2010.

La dette cumulée du FSV prend des proportions inquiétantes. Que prévoyez-vous ? Des recettes nouvelles seront-elles envisagées au titre de la solidarité nationale ? Le déficit sera-t-il repris par la CADES ?

En accord avec notre rapporteur, je pense qu'il n'est pas possible d'isoler le FSV et qu'il convient de l'intégrer dans nos discussions dans la protection sociale et notamment la branche vieillesse puisqu'il contribue à financer les retraites.

(L'article 24 est adopté.)

Article 25

M. le président. Monsieur Prével, tenez-vous à prendre la parole également sur l'article 25.

M. Jean-Luc Prével. J'y tiens, monsieur le président. Nous sommes à l'Assemblée pour débattre.

Plusieurs députés SRC. Il a raison !

M. Jean-Luc Prével. Grâce à Alain Juppé, nous pouvons enfin débattre des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Nous allons souvent très vite en commission, sans prendre le temps d'un débat de fond. La réforme ayant renforcé les pouvoirs du Parlement, j'entends m'exprimer sur les articles qui me paraissent importants.

M. le président. Nous l'avons noté depuis plusieurs années.

M. Jean-Luc Prével. Il est vrai que j'interviens régulièrement depuis ces lois de financement de sécurité sociale.

M. Gérard Bapt. Que va-t-il dire de nouveau !

M. Jean-Luc Prével. L'article 25 concerne la CADES et le fonds de réserve des retraites. Comment ne pas s'exprimer sur la CADES lorsque l'on voit le niveau des déficits ? La CADES a été créée par Alain Juppé pour reprendre les déficits, le remboursement étant assuré par la création de la CRDS au taux de 0,5 %. Sa fin était programmée pour 2007. Nous sommes en 2009.

Martine Aubry, que certains connaissent sans doute, y a intégré très courageusement de nouveaux déficits et, pour ne pas augmenter la CRDS, a prolongé sa durée de vie de trois ans par année de déficit.

M. Gérard Bapt. Les déficits d'Alain Juppé, il faut le préciser !

M. Jean-Luc Prével. Elle a été imitée par M. Douste-Blazy qui, prévoyant grâce à sa réforme l'équilibre des comptes pour 2007, a prolongé sa durée de vie jusqu'en 2021. Il est prévu un amortissement de cinq milliards en 2010. Les recettes CRDS – 5,9 milliards – et les recettes CSG – 2,2 milliards – permettraient de financer les frais financiers pour un montant de 3,1 milliards et donc un amortissement de 5 milliards. Il resterait donc 82 milliards à rembourser d'ici 2021.

Nous avons décidé dans la loi organique de 2005 de n'autoriser de nouvelles reprises de dettes qu'en prévoyant une recette nouvelle pour ne pas reporter sur nos petits-enfants la charge de nos dépenses. C'est pourquoi le Nouveau Centre propose de reprendre la dette 2009 et celle prévue pour 2010 par la CADES en augmentant la CRDS de 0,2 – peut-être serait-il intéressant d'en élargir la base.

(L'article 25 est adopté.)

Article 26

M. le président. L'amendement n° 577 de la commission des affaires sociales est de coordination.

(L'amendement n° 577, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 26, amendé, est adopté.)

Après l'article 26

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 89 rectifié de la commission des finances.

La parole est à Mme la rapporteure pour avis.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. Au cours de l'année 2010, l'ACOSS aura une charge de travail particulièrement lourde puisqu'elle devra apprendre à parler anglais, traduire les plaquettes pour affronter l'*Euro commercial paper*, expliquer aux investisseurs non domestiques ce qu'est la sécurité sociale et, pire, ce qu'est l'ACOSS... Plus sérieusement, la Cour des comptes, dans son rapport remis aux deux assemblées, a recommandé une forte mobilisation de tous les excédents de trésorerie, ces poches de trésorerie dormante qui peuvent exister auprès d'un certain nombre de régimes. Dans cet esprit, notre amendement tend à améliorer la visibilité de l'ACOSS grâce à la mise en place d'un comité de pilotage sous l'égide de la direction de la sécurité sociale et qui porterait sur la gestion de trésorerie.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission avait repoussé cet amendement. Mais en l'examinant plus précisément, j'admets que le suivi de la gestion de la dette peut présenter un intérêt, notamment si le Parlement y est associé. Je m'en remets donc à la sagesse de l'Assemblée, en attendant de connaître l'avis du Gouvernement.

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

M. Éric Woerth, ministre du budget. Le Gouvernement, madame la députée, partage votre souci d'une plus grande mutualisation des trésoreries des régimes et des organismes liés à la sécurité sociale.

Notons que certaines mesures ont déjà été prises : les organismes de sécurité sociale doivent déposer auprès de l'ACOSS leurs disponibilités excédentaires contre rémunération ; la CNSA porte d'ores et déjà des billets de trésorerie de l'ACOSS à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros ; des travaux de rapprochement sont en cours avec le FSV et le RSI après que les conseils d'administration ont formulé un accord de principe sur une plus grande mutualisation de leur trésorerie.

L'amendement que vous proposez participe de cet état d'esprit ; c'est pourquoi le Gouvernement émet un avis favorable.

(L'amendement n° 89 rectifié est adopté.)

Article 27

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, inscrite sur l'article 27.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article illustre l'impasse dans laquelle se trouve le Gouvernement qui ne sait plus où cacher les déficits de la sécurité sociale, devenus une véritable patate chaude. Le Gouvernement refuse d'augmenter significativement les recettes de la sécurité sociale et préfère laisser filer les déficits : 25 milliards d'euros cette année, 31,5 milliards prévus pour 2010. Il ne lui est pas permis d'affecter ces déficits à la CADES sans augmenter les ressources de celle-ci, ce à quoi il se refuse également.

Tel Ponce Pilate, le Gouvernement préfère laisser l'ACOSS, la banque de la sécurité sociale, se débrouiller comme elle peut avec ses déficits. Jusqu'à présent, elle y parvenait tant bien que mal en ayant recours à des ressources non permanentes qui ne sont rien d'autre que des avances de trésorerie que lui consentait avec des taux d'intérêt raisonnables la Caisse des dépôts et consignation.

Toutefois, dernièrement, la Caisse des dépôts a annoncé qu'elle n'irait pas au-delà de 31 milliards d'euros, ce qui aurait pu être suffisant si l'État n'entendait pas laisser l'ACOSS gérer les déficits de 2009 et de 2010. La seule chose que le Gouvernement se contente de faire, c'est de relever le plafond de ressources non permanentes auxquelles devra avoir recours l'ACOSS non plus en faisant appel à la Caisse des dépôts mais en émettant des billets de trésorerie sur les marchés financiers.

Or l'on connaît la volatilité de ces marchés qui vont appliquer à l'ACOSS des taux d'intérêt nettement supérieurs à ceux appliqués par la Caisse des dépôts. Vous êtes finalement en train de soumettre la sécurité sociale aux aléas de la bourse.

Mme Catherine Lemorton. Absolument !

Mme Jacqueline Fraysse. Au final, l'inaction du Gouvernement aura trois conséquences : elle creuse le déficit de la sécurité sociale que devront combler les générations futures ; elle alourdit la charge de la dette de 7 milliards d'euros par an ; enfin, cerise sur le gâteau, elle enrichit les spéculateurs sur les marchés financiers... Voilà le formidable résultat de vos choix politiques !

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

M. Jean-Luc Préel. Cet article très important est la conséquence des précédents puisqu'il s'agit d'habiliter les régimes de base à recourir à l'emprunt. En clair, le Gouvernement propose d'autoriser l'ACOSS à emprunter 65 milliards d'euros... Certes, il ne faut pas confondre besoins de trésorerie et besoins de financement mais on ne saurait nier qu'il y a un lien entre les deux : un organisme connaissant des excédents ne rencontre aucun problème de trésorerie...

Pour 2009, un plafond de trésorerie avait été fixé, après reprise de la dette, à 18,9 milliards d'euros. Un décret pris en juillet dernier a remonté ce plafond à 29 milliards d'euros. Le texte propose, pour 2010, un plafond de 65 milliards. La Caisse des dépôts a prévenu qu'elle ne pourrait suivre au-delà d'une trentaine de milliards. L'agence France trésor émettra donc des billets de trésorerie.

Nous avons tous conscience, du moins je l'espère, que la limite du raisonnable est atteinte et très probablement dépassée. Des déficits annuels de l'ordre de 30 milliards sont prévus jusqu'en 2013 avec une masse salariale augmentant de 5 % par an, ce que nous souhaitons mais nous paraît optimiste.

Que proposera le Gouvernement l'année prochaine ?

Pour le Nouveau Centre, il n'est pas possible d'attendre. De nouvelles recettes provenant de la lutte contre les niches sociales sont nécessaires ; en attendant, il est urgent de transférer les déficits de 2009 et 2010 à la CADES en augmentant modérément la CRDS.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Ce plafond de découvert atteint des niveaux inimaginables il y a quelques années. À cet égard, il semble qu'il y ait toujours un débat entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts à propos de ce trentième ou trente-et-unième milliard d'euros de découvert. Pouvez-vous nous indiquer si un accord a été trouvé dans la mesure où le représentant de l'ACOSS, le jour où s'est réunie la commission des comptes de la sécurité sociale, a déclaré avec une certaine fermeté que le ministre devait intervenir pour que l'incertitude soit levée ?

Quant aux billets de trésorerie ou *European papers*,...

M. Jean Mallot. Excellent, surtout avec l'accent de Toulouse ! (*Sourires.*)

M. Gérard Bapt. ...que se passerait-il, monsieur le ministre, si les conditions du marché changeaient ou en cas d'incident au sein de la sphère financière voire en cas d'explosion d'une nouvelle bulle – on sait que cela peut arriver dans la mesure où les banques ont retrouvé des niveaux de rentabilité inespérés par rapport à l'an dernier ? L'agence France Trésor souscrira-t-elle davantage que les 5 milliards d'euros de billets de trésorerie à la souscription desquels elle s'est semblé-t-il engagée ?

L'événement n'est pas sans importance : c'est la première fois que l'agence France trésor souscrit directement des montants conséquents de dette sociale. Nous souhaitons vivement quelques éclaircissements sur la matière.

M. le président. L'amendement n° 18 de la commission est de précision.

(*L'amendement n° 18, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

(*L'article 27, amendé, est adopté.*)

Seconde délibération

M. le président. En application de l'article 121-3 du règlement, le Gouvernement demande qu'il soit procédé à une seconde délibération de l'article 11,...

M. Jean Mallot. À titre exceptionnel, nous y sommes favorables !

M. le président. ...de l'article 21 et de l'annexe C ainsi que des articles 22 et 23.

La seconde délibération est de droit.

Article 11

M. le président. Sur l'article 11, je suis saisi d'un amendement n° 1.

La parole est à Mme la ministre de la santé et des sports.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Monsieur le président, même si j'ai déjà eu l'occasion de m'en expliquer lors de la séance précédente, je souhaite revenir sur la question tout d'abord pour présenter mes excuses et mes regrets : je n'ai pas pour habitude, vous le savez, de recourir à cette procédure. Ma démarche, en accord avec Éric Woerth, a donc un caractère vraiment exceptionnel.

Il s'agit de remettre en perspective l'amendement n° 3 d'Yves Bur – puisque nous souhaitons que le taux K soit fixé pour 2010 non pas à 1,4 % mais à 1 % – et, pour cela, rappeler le principe de la construction des économies sur l'assurance maladie dans le présent PLFSS. Nous souhaitons un partage équitable des efforts entre les différents acteurs du système de santé : les assurés d'une part, les professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique d'autre part.

Les assurés consentent un effort considérable, à hauteur de 300 millions d'euros, à travers la hausse du forfait journalier et la création d'un taux à 15 % pour les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible. Les autres acteurs de notre système de santé doivent être sollicités. Ils le sont à présent à hauteur de 1,9 milliard d'euros.

Nous demandons aux professionnels de santé de réaliser des efforts de maîtrise médicalisée plus importants que les années précédentes. Nous diminuons les tarifs des professionnels les mieux payés – radiologues, biologistes – et nous baissions les prix de certains médicaments, y compris les génériques et les dispositifs médicaux.

Il n'en faut pas moins sécuriser les économies demandées à l'industrie pharmaceutique compte tenu du ralentissement de la croissance économique et nous avons besoin, à cet effet, d'abaisser le taux K pour le fixer à 1 %, conséquence logique d'un ONDAM ramené de 3,3 % à 3 %.

Si le taux de croissance du chiffre d'affaires du médicament dépasse ce taux, les entreprises pharmaceutiques versent alors des remises à l'assurance maladie. Le taux K joue un rôle de stabilisateur automatique.

Dans le contexte économique actuel, si nous laissons le taux K à 1,4 %, il est certain qu'il ne jouera pas le rôle de stabilisateur que nous lui avons confié dans la construction de l'ONDAM et nous ne respecterons pas l'objectif de 3 %. Nous devons alors réviser l'ensemble des tableaux d'équilibre.

J'ajoute à l'attention de ceux qui, légitimement, pourraient s'inquiéter pour l'industrie pharmaceutique, que nous avons annoncé plusieurs mesures en sa faveur lors du conseil stratégique des industries de santé. Ce secteur contribue bien sûr aux performances de notre pays, à la création d'emplois quantitativement et qualitativement intéressants et porteurs d'avenir. Aussi avons-nous décidé, lors du CSIS de lundi dernier, la création d'un fonds d'investissement dans le domaine des biotechnologies et la clarification, votée ce matin, de la liberté des prix à l'exportation.

Enfin, l'extension du crédit impôt recherche a été particulièrement favorable à l'industrie pharmaceutique et va rapporter à ce secteur quelque 500 millions d'euros par an.

M. Roland Muzeau. Pas mal !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Dans un contexte où il s'agit de ménager les performances et de sauvegarder les emplois du secteur de l'industrie pharmaceutique, mais également de s'assurer que les efforts sont partagés par tous, en particulier par l'industrie, je vous propose de fixer le taux K à 1 %.

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

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. S'il convient de sécuriser, ma foi, sécurisons. Je note qu'il faut sécuriser davantage l'industrie du médicament que celle du tabac, mais je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée...

M. Gérard Bapt. Ne serait-ce pas là une petite pique à l'adresse du Gouvernement ?

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Nous avons exprimé notre mécontentement ce matin. Cela dit, nous n'approuvons pas pour autant le principe d'une seconde délibération, même si le présent amendement va dans le sens que nous souhaitons...

M. Jean-Marie Le Guen. La gauche, ce n'est pas le SAMU !

Mme Marisol Touraine. Nous avons même défendu un amendement plus strict encore, puisque nous proposons de fixer le taux K à 0,5 %.

Reste que l'Assemblée s'est exprimée démocratiquement ce matin, même si nous ne retrouvons pas dans le vote qu'elle a émis. Mais nous ne sommes pas au bout de la procédure législative,...

M. Jean-Marie Le Guen et M. Jean Mallot. Il reste le Sénat, dans sa grande sagesse !

Mme Marisol Touraine. ...puisque le texte doit encore être examiné par le Sénat, puis la CMP.

Je comprends parfaitement l'agacement du Gouvernement et les regrets de la ministre. Nous avons nous-mêmes, ce matin, voté comme un moindre mal l'article dans sa rédaction initiale. Nous n'avons donc sur le fond pas changé de position mais, pour ne pas cautionner la démarche, nous ne participerons pas au vote de l'amendement. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP. – Sourires sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Jean Mallot. On ne veut pas gêner !

Mme Marisol Touraine. Chacun son boulot !

(*L'amendement n° 1 est adopté.*)

(*L'article 11, amendé, est adopté.*)

M. Jean Mallot. Mettez un peu de sel sur votre chapeau, chers collègues de la majorité !

M. Jean-Marie Le Guen. Ça doit râper la gorge !

M. Jean Mallot. Mangez-le par petites bouchées !

Article 21

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 2.

La parole est à M. le ministre du budget.

M. Éric Woerth, ministre du budget. Avec votre permission, monsieur le président, je défendrai en même temps les amendements n°s 2, 3, 4 et 5, ces quatre amendements visant à tirer les conséquences de l'adoption de l'amendement n° 1 par l'Assemblée nationale, que je remercie pour son vote et pour le dialogue constructif que nous avons pu avoir avec elle sur ce sujet comme sur l'ensemble des trois premières parties de ce PLFSS.

Par ces amendements, nous rétablissons, au fond, la version initiale du texte, et nous revenons aux conséquences résultant d'une progression de l'ONDAM fixée à 3 %.

(*L'amendement n° 2, accepté par la commission, est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 3 du Gouvernement a été défendu.

(*L'amendement n° 3, accepté par la commission, est adopté.*)

(*L'article 21, amendé, est adopté.*)

Article 22

M. le président. L'amendement n° 4 du Gouvernement a été défendu.

(*L'amendement n° 4, accepté par la commission, est adopté.*)

(*L'article 22, amendé, est adopté.*)

Article 23

M. le président. L'amendement n° 5 du Gouvernement a été défendu.

(*L'amendement n° 5, accepté par la commission, est adopté.*)

(L'article 23, amendé, est adopté.)

Vote sur l'ensemble de la troisième partie

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi.

(L'ensemble de la troisième partie du projet de loi est adopté.)

QUATRIÈME PARTIE

M. le président. Nous abordons maintenant la quatrième partie du projet de loi concernant les dispositions relatives aux dépenses pour 2010.

Article 28

M. le président. Sur l'article 28, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Avec cet article 28, le premier de la quatrième partie, nous changeons totalement de sujet, avec la non prise en compte des dépenses liées à la pandémie grippale.

Je comprends l'esprit de cet article, madame la ministre. Lorsque nous avons discuté de la définition de l'ONDAM et du rôle du comité d'alerte, beaucoup se demandaient ce qu'il adviendrait si des dépenses augmentaient plus que prévu pour cause d'épidémie.

L'épidémie de grippe peut en effet entraîner des dépenses spécifiques. La CNAM et les professionnels engagés dans une demande d'efficacité et de limitation des dépenses ne peuvent être rendus responsables des dépenses supplémentaires liés à la pandémie. Il leur serait difficile de leur demander des efforts supplémentaires.

Cependant, madame la ministre, je ne sais pas – mais vous allez certainement nous l'expliquer – comment ces dépenses spécifiques seront prises en compte. Depuis plusieurs semaines, des médecins généralistes, des pédiatres, sont amenés à voir, en consultation ou lors de visites, des patients victimes du virus. Le test n'est pas systématiquement effectué. Dès lors, comment imputer à la pandémie ces consultations, ces visites, les examens biologiques et les traitements? Je comprends l'idée, mais je m'interroge sur sa mise en œuvre pratique.

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

M. Roland Muzeau. L'article 28 prévoit de ne pas prendre en compte le surcoût engendré par la pandémie grippale dans le déclenchement du seuil d'alerte à partir duquel les caisses d'assurance maladie doivent prendre des mesures de redressement.

Je souhaiterais en profiter pour alerter Mme la ministre sur les pertes de recettes pour les hôpitaux publics que ne manquera pas d'engendrer une telle pandémie: rappelons que les hôpitaux publics concentrent, avec les établissements dits PSPH, c'est-à-dire participant au service public hospitalier, 91% des urgences. À la différence de la plupart des établissements privés, ils disposent des moyens humains –

pneumologues, services de réanimation – et techniques, par exemple la ventilation, pour faire face au syndrome de détresse respiratoire aiguë.

L'exemple de l'hémisphère sud, où la pandémie a déjà sévi, a bien montré que l'hôpital public accueillait l'immense majorité des malades atteints du virus. En cas d'afflux massif de patients, les hôpitaux publics devront donc déprogrammer un certain nombre d'interventions, et en priorité celles qui peuvent l'être, notamment les traitements chirurgicaux et la cardiologie interventionnelle, ce qui va leur poser un problème financier.

D'une part, ces interventions sont parmi les mieux rémunérées par la T2A. D'autre part, les hôpitaux publics craignent de perdre cette patientèle au profit des établissements privés, qui seront les seuls, en cas de pandémie grippale, à pouvoir assurer ces interventions.

Paradoxalement, la pandémie grippale risque donc de se caractériser, pour les hôpitaux publics, premièrement, par un afflux massif de malades, et deuxièmement, par une perte proportionnelle de recettes qui ne manquera pas d'aggraver leur déficit et de fournir des arguments supplémentaires aux tenants de la convergence tarifaire.

Telles sont les remarques et préoccupations sérieuses que nous soumettons à votre écoute et à votre avis.

M. Roland Muzeau. Très bien!

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Mon intervention, comme celles qui suivront pour le groupe socialiste, vaudra défense de notre amendement n° 255.

Si nous comprenons les motivations de cet article, nous sommes un peu étonnés. Nous sommes là au cœur de la contradiction de la politique gouvernementale en ce qui concerne la grippe et la manière de la prendre en charge. D'un côté, en demandant à ce que le comité d'alerte n'en tienne pas compte pour l'appréciation de l'évolution des dépenses, on reconnaît pleinement la place de cette pandémie dans la part du budget de l'État consacrée aux politiques de santé publique. D'un autre côté, on demande donc, au fond, de regarder ce qui se passe en termes de conséquences pour la sécurité sociale.

Par ailleurs, il nous semble qu'il est du rôle du comité d'alerte, de déterminer lui-même ce qu'il lui appartient de prendre en compte pour l'appréciation d'éventuels dérapages financiers du côté de la sécurité sociale. Le caractère très directif de l'article ne peut que nous amener à nous interroger: on pourrait imaginer que cette prescription soit étendue, et que chaque fois qu'interviendrait des dépenses potentiellement problématiques pour la sécurité sociale ou pour le Gouvernement, la loi fasse injonction au comité d'alerte de ne pas en tenir compte.

Enfin, comme l'a fait remarquer M. Prével, une fois le principe posé et quelles que soient les réserves qu'il suscite, comment fera-t-on la différence entre les dépenses qui relèvent de la pandémie et celles qui n'en relèvent pas? Quand on va consulter un médecin et qu'on a la grippe, la consultation doit-elle être intégrée ou pas dans les dépenses de l'ONDAM? Lorsque l'on va consulter un médecin parce que l'on pense avoir la grippe et qu'on ne l'a pas, comment cela sera-t-il pris en compte? Les dépenses devant être écartées sont-elles uniquement celles des personnes qui vont passer par le circuit de la vaccination? Je ne suis même pas certaine que

l'on ait les moyens de faire la différence dans les consultations médicales. Les médecins ne vont pas envoyer un rapport après chaque consultation pour expliquer qu'elle était liée à la grippe ou pas...

Franchement, c'est un article tout à la fois problématique au niveau du principe...

M. Jean-Marie Le Guen. Opportuniste !

Mme Marisol Touraine. ... et peu opératoire dans sa méthode d'application.

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

Mme Catherine Lemorton. Le mot « grippe » est très souvent galvaudé. Nous rencontrons tous des gens qui nous disent : « J'ai la grippe ». Ils vont chez le médecin, et il s'avère que c'est une rhino-pharyngite, ou tout autre chose, mais pas la grippe à proprement parler. Je rejoins donc ce que disait ma collègue Marisol Touraine : comment faire la différence ?

Ce que vous voulez inscrire ici dans la loi est un précédent. À chaque crise sanitaire, il faudrait sortir les dépenses du comité d'alerte. Dont acte. Moi, je vous dis que nous sommes frappés par une crise sociale, madame Bachelot. Ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre : quand il y a une crise sociale, les gens vont mal. Et ils ne vont pas mal simplement parce qu'ils n'ont plus de travail : ils somatisent, ils tombent malades, et ils vont beaucoup plus chez le médecin. Toute expérience de terrain le montre. Par conséquent, la crise sociale va entraîner une demande de soins supplémentaires. Par parenthèse, vous êtes fiers de tenir l'ONDAM, mais on fera le bilan après un an et demi de crise sociale.

M. Philippe Vitel. Oui, nous ferons le bilan, madame Lemorton !

Mme Catherine Lemorton. On fera aussi le bilan de la consommation d'antidépresseurs... Je ferme la parenthèse.

La crise sociale, disais-je, va entraîner une demande de soins supplémentaires. Allez-vous sortir ces dépenses du comité d'alerte ? Vous ouvrez une brèche, madame Bachelot. Si, un jour, une gastroentérite frappait 25 millions de personnes en l'espace de trois mois, sortiriez-vous du comité d'alerte cette gastroentérite d'une ampleur inhabituelle ?

Mon intervention vaut défense de l'amendement de suppression, monsieur le président.

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

Mme Catherine Génisson. Cet article 28 illustre tout à fait l'attitude contradictoire du Gouvernement. Ou bien, avec cette pandémie grippale, nous sommes face à un problème de santé publique, et alors il n'y a pas de raison pour que les dépenses dues à cette pandémie, ou épidémie, soient prises en charge par la sécurité sociale. Ou bien nous sommes dans le cadre d'une crise sanitaire, et alors, faut-il que toutes les crises sanitaires soient exclues de l'ONDAM ? Cela nous laisse perplexes quant à la façon dont vous entendez respecter l'objectif de dépenses de santé.

Par ailleurs, il est très difficile, comme cela vient d'être dit, de faire la différence entre ce qui relève spécifiquement de la prise en charge des consultations – ou d'autres actes médicaux – relevant de la pandémie de grippe, et ce qui relève de l'appréciation normale de la définition de l'ONDAM.

Je reprendrai également les arguments de mon collègue Muzeau. Il est bien évident que les hôpitaux auront à assumer des dépenses supplémentaires. Et compte tenu de ce qu'est aujourd'hui leur mode de financement, ils devront y faire face avec des recettes qui seront bien moindres. Cet article 28 a vraiment de quoi nous laisser très perplexes. Il crée une situation d'une grande confusion.

M. le président. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Cet article prévoit que la pandémie grippale ne sera pas prise en compte par le comité d'alerte pour apprécier l'évolution des dépenses par rapport à l'ONDAM. Il me donne l'occasion de revenir sur un point de désaccord avec, notamment, M. le président de la commission des affaires sociales à propos de la création d'une mission d'information.

Plus on avance dans le temps, plus la création de cette mission d'information s'avère pertinente. Je sais bien que Mme la ministre, et nous l'en remercions tous, s'est dite prête à venir devant notre commission tous les jours, si nécessaire, pour nous donner toutes les explications possibles.

M. Paul Jeanneteau. N'exagérons rien !

M. Jean Mallot. Elle l'a fait à plusieurs reprises. Nous avons bénéficié de ses explications. C'est très utile et très intéressant, mais c'est un point de vue, celui de la ministre. Nous avons également eu le bonheur d'auditionner M. Hortefeux. C'est un style un peu différent. Il a été proclamé général en chef dans la lutte contre la grippe A, par délégation du Premier ministre, ou par substitution au Premier ministre. Il y a là une évolution institutionnelle intéressante, d'ailleurs. Ses explications, même si elles étaient moins complètes que celles de Mme Bachelot, nous ont beaucoup intéressés.

Mais l'audition de ministre ne saurait suffire à notre information. De l'autre côté, M. le président de la commission des affaires sociales nous dit que l'Office parlementaire d'évaluation des choix technologiques travaille sur la mutation des virus. C'est un problème très technique, et certainement très intéressant, mais ce n'est pas encore le sujet.

Nous pensons tous qu'au fur et à mesure que cette opération se développe, il est nécessaire que notre assemblée se préoccupe de savoir comment les choses se déroulent, quelles décisions sont prises, dans quelles conditions, et surtout quelles leçons il faudra en tirer pour l'avenir.

Cette novation que constitue la non-insertion des dépenses liées à la pandémie dans celles prises en compte par le comité d'alerte, c'est un choix. Mais enfin, nous lisons dans la presse de ce matin que « la révélation du financement d'un groupe d'experts sur la grippe A par des laboratoires pharmaceutiques pose la question de leur influence dans les décisions de santé publique. » En tant que parlementaires, nous devons nous interroger, procéder aux auditions, aller voir ce qui se passe, comprendre ce qui se passe dans cette affaire de gestion de la pandémie grippale.

M. le président. Merci, monsieur Mallot.

M. Jean Mallot. Tous ces éléments, monsieur le président, et je vois que vous en convenez, militent pour que nous constituions au sein de la commission une mission d'information sur ce sujet.

M. le président. L'amendement n° 255 de Mme Touraine et des membres du groupe socialiste a été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Chacun sait que nous pouvons avoir à faire face à un phénomène sanitaire de grande ampleur, avec des risques majeurs. Des dépenses seront certainement engagées sur le plan ambulatoire. Elles ont été à peu près chiffrées dans le rapport. Les chiffres de la CNAM nous ont confirmé qu'elles pourraient être comprises entre 400 et 800 millions d'euros. Cela correspondrait à des consultations, associées à des visites, à des indemnités journalières, et à quelques médicaments en supplément si besoin est.

Nous savons donc très bien qu'il y aura des dépenses dans le monde ambulatoire, encore impossible à chiffrer de manière précise : tout dépendra bien sûr de l'étendue de l'épidémie. Il est donc difficile de réguler ces dépenses et de les inclure dans l'ONDAM.

Dès l'instant où l'ONDAM serait dépassé, le comité d'alerte se mettrait immédiatement en marche. Le risque serait alors de déstabiliser la médecine ambulatoire. Il n'est donc pas illogique, bien au contraire, de placer les dépenses liées à ce risque sanitaire en dehors de l'objectif national classique de dépenses d'assurance maladie. La commission est donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je voudrais rappeler la fonction du comité d'alerte : s'il vient à s'apercevoir qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil qui ne peut excéder 1 % et qui est fixé par décret à 0,75 %, son rôle est de le notifier au Parlement, au Gouvernement, aux caisses d'assurance maladie, tenue de proposer des mesures de redressement. Il ne s'agit pas d'un simple groupe qui se réunit seulement pour dire « attention ! » : l'intervention du comité d'alerte doit être suivie de mesures, y compris du côté du Gouvernement.

Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre, et qui lui sont transmises dans un délai d'un mois par l'UNCAM. Il notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, qui propose également des mesures de redressement. À la suite du déclenchement de la sirène, beaucoup d'acteurs se mettent donc au travail.

En cas de pandémie de grippe A H1N1 atteignant une large part de la population, aux dépens supportés par l'EPRUS pour la préparation et la conduite de la campagne de vaccination, qui sont en dehors de l'ONDAM, s'ajouteront les dépenses directes d'assurance maladie induites par la réalisation du risque grippal. Ces dépenses sont, par nature, dans le champ de l'ONDAM : consultations, actes des professionnels, prescriptions médicamenteuses, indemnités journalières pour arrêt de travail. Évidemment, l'ONDAM tel que nous l'avons calculé est construit sur la base des éléments disponibles en septembre 2009 : il n'intègre donc pas le coût d'une pandémie.

En cas d'aggravation de la situation épidémiologique à la fin de 2009 – et les signes que nous avons en ce moment, en particulier sur la région parisienne, confirment un renforcement de la pandémie –, l'accélération forte des dépenses qui en résulteraient pourrait conduire à considérer que le risque de franchissement du seuil d'alerte est sérieux. Même en cas de manifestation plus tardive au cours de 2010, le comité pourrait, à tout moment, déclencher une alerte qui aurait

des conséquences mécaniques très lourdes à tous niveaux, avec des mesures comptables de redressement qui marqueraient très durement, comme l'a dit Jean-Pierre Door, les relations entre tous les acteurs du système de soins. Vous comprenez bien que ce n'est pas le rôle du comité d'alerte et qu'il y aurait là une forme d'injustice.

Pour répondre à Mme Touraine, Mme Lemorton et M. Bapt, nous suivons l'évolution par plusieurs réseaux, que vous connaissez d'ailleurs, qui nous permettent de chiffrer le dépassement dû à la grippe H1N1 d'une manière large et de fixer les dépenses s'y rapportant. Il est évidemment tout à fait nécessaire de prendre une disposition permettant de neutraliser, à titre exceptionnel en 2010, ce surcoût ponctuel dans l'analyse par le comité d'alerte de l'évolution des dépenses.

On aurait pu intégrer dans l'ONDAM le surcoût lié à la pandémie grippale. Mais cela non plus n'aurait pas été satisfaisant, parce qu'il faut présenter de façon pédagogique les prévisions et les réalisations pour 2010 en distinguant les dépenses ONDAM hors surcoût lié à la pandémie et les dépenses ONDAM surcoût compris. Je crois que c'est la bonne façon de procéder.

Monsieur Muzeau, la pandémie ne fait courir aucun risque au financement des hôpitaux, qui est protégé par la T2A. Même si ceux-ci sont amenés à opérer certaines déprogrammations, les déprogrammations n'ont jamais guéri les malades... Autrement dit, les hôpitaux les retrouveront. Qui plus est, le traitement lié à la pandémie procure des recettes, ce qui est pris en compte.

M. Roland Muzeau. Elles ne seront pas du même ordre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis donc défavorable à l'amendement de suppression.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales. Je réponds à la énième demande de création d'une mission de mes collègues socialistes en expliquant les trois raisons qui m'ont conduit, tout comme le bureau, ou tout au moins sa plus grande partie, à la juger peu opportune. Pour commencer, tous les membres de la commission sont acteurs dans cette pandémie et tous veulent participer à l'information permanente. Ensuite, l'OPEPS a déjà une mission d'information sur la mutation du virus. Enfin, on nous demande pratiquement deux missions par semaine. Or une mission de qualité requiert la présence des gens qui y sont candidats. Si vous ne cessez de m'en demander une, on finira par la créer. Mais ce jour-là, je compterai les présents et vous verrez que le taux de présence sera hélas ! assez faible.

M. Jean Mallot. Chiche !

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

Mme Catherine Génisson. Vous avez raison, monsieur le président de la commission : il faut être présent aux missions. Je dois dire d'ailleurs que lors de la dernière mission à laquelle j'ai participé – peu, puisque je n'étais que remplaçante en fin de mission –, hormis le rapporteur, les seuls présents étaient les représentants des groupes SRC et GDR. Mais sans doute était-ce un incident de parcours...

Mme Bérengère Poletti. Cela arrive aussi en sens inverse !

M. Paul Jeanneteau. On ne voit pas beaucoup les socialistes sur les questions de bioéthique !

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vous venez de répondre à M. Muzeau que la reconnaissance par la tarification à l'activité de la prise en charge des conséquences graves de la pandémie grippale dans les hôpitaux publics sera équivalente à la prise en compte de la tarification à l'activité pour des programmations prévues ; ce n'est pas vrai. On sait que les actes de réanimation ou de médecine lourde sont beaucoup moins bien reconnus par la tarification à l'activité que les actes chirurgicaux programmés. Il y aura un surcoût de prise en charge pour les hôpitaux publics, si par malheur cela devait arriver.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il ne devrait pas y avoir de problème, il paraît que c'est une grippette.

Mme Catherine Génisson. Il n'y aura pas d'équivalence avec l'activité chirurgicale programmée, d'autant que celle-ci aura été, fort légitimement, en partie reprise par le secteur privé : les patients ne vont pas attendre trois mois, quatre mois, pour se faire opérer, alors qu'ils trouveront une offre dans le secteur privé. Il n'y aura donc pas égalité de revenus et de reconnaissance pour l'hôpital public.

Vous demandez des mesures dérogatoires pour la prise en charge de la pandémie de grippe A H1N1. Est-ce à dire que toute crise sanitaire grave donnera lieu à procédure dérogatoire pour le calcul de l'ONDAM et l'intervention du comité d'alerte ? C'est tout de même le cours normal de la prise en charge des maladies.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Comment voulez-vous prévoir une crise sanitaire ?

(L'amendement n° 255 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 19 de la commission est rédactionnel.

(L'amendement n° 19, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 591 du Gouvernement.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La vaccination contre la pandémie grippale implique la mobilisation, au sein de centres de vaccination, d'un grand nombre de professionnels de santé ou de futurs professionnels de santé, tant libéraux que salariés, mais aussi étudiants ou retraités. La mobilisation de ces personnels se fait dans le cadre des pouvoirs de réquisition prévus à l'article L. 3131-8 du code de la santé publique.

Les professionnels libéraux et retraités, de même que les salariés ou les étudiants et internes qui interviennent en dehors de leurs heures de service, de stage ou de scolarité, seront indemnisés. En cohérence avec les charges supportées d'ordinaire par l'assurance maladie, il est proposé que l'indemnisation soit assurée par les organismes d'assurance maladie qui régleront directement les professionnels libéraux ou rembourseront les employeurs qui auront fait l'avance de ces indemnités. Le montant des indemnités sera fixé par arrêté.

Ces dépenses affectant autant les soins de ville que le secteur hospitalier, il est proposé qu'elles soient prises en charge par le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés : les dépenses correspondantes ne seront donc pas imputées sur l'ONDAM.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement, qui me paraît tout à fait de bon sens et organise les réquisitions et l'indemnisation des professionnels de santé qui vont participer à cette campagne de vaccination. Il est du reste probable que quelques-uns de nos collègues ont été réquisitionnés et vont participer à cette campagne. Je les en remercie.

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

Mme Catherine Génisson. On peut imaginer que le remboursement prendra en compte le statut des acteurs médicaux, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers. S'agissant de la préparation de la vaccination, des examens médicaux à effectuer avant d'y procéder, le tarif sera-t-il identique pour tous les participants ou y aura-t-il une différence entre libéraux et hospitaliers, alors que l'acte aura été le même et qu'il s'agit d'un travail supplémentaire et dérogatoire ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les différences seront liées aux diplômes, à la nature des professionnels : les infirmiers ne sont pas payés comme les médecins...

Mme Catherine Génisson. Autrement dit, cela ne dépendra pas du statut.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pour les professionnels salariés, tout dépendra s'ils interviennent en dehors de leurs heures de service ou pendant. Pendant leur service, l'établissement sera remboursé du prix du salaire ; en dehors de leur service, ils seront rémunérés comme les professionnels libéraux.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Très bien !

(L'amendement n° 591 est adopté.)

(L'article 28, amendé, est adopté.)

Après l'article 28

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 259, portant article additionnel après l'article 28.

La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Inscrite dans l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, demandée depuis dix ans par la Cour des comptes, recommandée par la MECSS, la nécessité de se doter d'une base de données administrative et scientifique sur les médicaments et les dispositifs médicaux est depuis longtemps une évidence. Lors des débats sur la loi HPST, en séance publique du 5 mars, l'amendement n° 451 avant l'article 22 présenté par le groupe SRC relançait cette préconisation et cette préoccupation. Alors que le sujet aurait dû totalement s'inscrire dans la loi HPST, les professionnels de santé apprenaient dans un communiqué de presse la signature d'une convention de partenariat avec les représentants des différentes institutions

publiques en charge du médicament en vue de la création, au premier trimestre 2009, d'un portail internet d'information publique sur les médicaments. Ils apprenaient également que la maîtrise d'ouvrage du projet serait confiée au GIE SIPS-HAS-AFSSAPS-UNCAM, qui gère la base de données Thésorimed.

Vous justifiez cette décision en soulignant, madame la ministre, « qu'il n'existe pas de base publique d'information sur les médicaments gratuite, exhaustive, objective, regroupant toutes les données administratives et médicales ». Mais que faites-vous de la base Thériaque, créée et utilisée par les professionnels de santé depuis 1979, soutenue depuis son origine par les institutionnels? Que devient-elle? La Cour des comptes précisait même, en 2007, que Thériaque apparaissait supérieure dans des domaines essentiels pour une base de données publiques sur le médicament.

Mon collègue tout à l'heure soulevé le problème des conflits d'intérêt entre experts industriels: raison de plus pour s'appuyer sur des bases de données incontestables. Thériaque présente l'avantage d'être indépendante à l'égard de l'industrie pharmaceutique, d'être exhaustive, de recenser tous les médicaments disponibles en France: AMM ville-hôpital, autorisations temporaires d'utilisation de cohorte et nominatives, préparations hospitalières de l'AP-HP, service médical rendu, amélioration du service médical rendu. Pourquoi donner la priorité à Thésorimed plutôt qu'à Thériaque?

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Madame Lemorton, nul ne conteste l'utilité d'une base de données publiques sur le médicament. Le Gouvernement, comme il s'y était engagé, a créé le portail public du médicament qui centralise les informations provenant de l'AFSSAPS, de la HAS et des caisses d'assurance maladie: il s'agit de Thésaurimed qui est une base de données publiques sur le médicament, constituée par des documents qui proviennent de la CNAM, du régime RSI et de la MSA.

La commission a donné un avis défavorable à l'amendement, puisque ce type de portail existe d'ores et déjà.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis défavorable. La demande de Mme Lemorton a été amplement satisfaite. La première version du site de référence gouvernementale a été disponible, via le site internet www.medic-france.santé.gouv.fr fin mai 2009.

C'est une première version relativement simple qui pourra évoluer, afin de faciliter les recherches d'informations tant sur le médicament que sur le dispositif médical.

Dans un premier temps, le site Thériaque était avec nous. Il a préféré vivre sa vie tout seul. Il ne voulait pas être sous le pilotage de la CNAM, ce que je regrette, car cela me paraissait tout à fait justifié, mais je ne pouvais l'y obliger.

(L'amendement n° 259 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 258 rectifié et 456, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour défendre l'amendement n° 258 rectifié.

Mme Catherine Lemorton. L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu détermine le niveau de remboursement des médicaments. Notre amendement n° 258 rectifié arrive à point nommé, puisqu'il propose d'insérer après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé:

« Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques comparatifs avec des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

Bon nombre de précédents devraient vous conduire à l'accepter. Entre 1995 et 1999, quarante nouvelles molécules étaient lancées chaque année. Entre 2000 et 2007, la moyenne est tombée à vingt-sept. Aucun des nouveaux médicaments sortis en 2008 ne contribue à l'amélioration remarquable de la santé des patients.

Je prends l'exemple de l'hypertension artérielle. En 2003, une molécule faisant partie de la classe des sartans est sortie. L'amélioration était nulle par rapport aux six autres sartans. Le nouveau venu est allé simplement grossir les rangs d'un groupe qui lui-même n'est pas meilleur que celui de ses concurrents qui existaient précédemment: les inhibiteurs d'enzymes de conversion, famille de treize molécules, plus ancienne, moins chère que les sartans, mais tout aussi efficace.

En remontant encore dans le temps, une étude réalisée aux États-Unis a montré que les diurétiques étaient dans de nombreux cas aussi efficaces que les sartans, aussi efficaces que les IEC et beaucoup moins chers.

Madame la ministre, si vous acceptiez cet amendement, vous y gagneriez en temps, mais également en sympathie: laisser un médicament vivre sa vie alors qu'il n'améliore pas le service médical rendu vous éviterait d'avoir à prendre des décisions deux ans ou trois ans après et de faire perdre du temps à tout le monde, y compris aux comptes sociaux.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour défendre l'amendement n° 456.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement que je présente répond à la même préoccupation. L'inscription sur la liste des médicaments remboursables doit être liée à leur utilité. L'appréciation du service médical rendu par ces nouvelles molécules ne peut pas se faire seulement par comparaison avec un placebo lorsque existe un médicament ayant la même cible et les mêmes effets potentiels. Nous proposons que les essais cliniques soient effectués par comparaison avec des « comparateurs », lorsqu'ils y en a, de manière à éviter les contournements que vous connaissez tous: il arrive fréquemment que des laboratoires pharmaceutiques annoncent de nouvelles molécules, alors qu'en fait, il s'agit de molécules moins chères qui existent déjà... On peut ainsi gagner beaucoup d'argent: on considère que 1,4 milliard d'euros ont ainsi été perdus – pas pour tout le monde – pour l'assurance maladie en 2007. Cet amendement est raisonnable et sérieux; il pourrait faire l'objet d'un consensus dans notre assemblée.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La généralisation des essais contre comparateurs n'est pas sans risques. Pour commencer, il n'y a pas toujours des comparateurs.

M. Roland Muzeau. Lorsqu'ils existent, évidemment! Ne soyez pas de mauvaise foi!

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ensuite, cela peut conduire à donner un avantage au premier médicament inscrit dans une classe thérapeutique – ainsi celles des sartans, des IEC, que vous avez citées, ou des hypolipémiants.

Enfin, il n'y a pas lieu de ne pas faire confiance à l'Agence du médicament. C'est une commission indépendante et transparente, composée d'experts scientifiques, qui peuvent faire l'analyse en fonction des stades cliniques – stade I, stade II, etc. – du développement.

Autant de raisons pour lesquelles la commission est défavorable à ces amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Je suis d'accord avec Mme Lemorton : les études contre comparateurs actifs sont souhaitables. Elles sont le plus souvent, il faut le reconnaître, présentées lors d'une demande d'inscription au remboursement. Elles participent évidemment à l'évaluation de l'amélioration du service médical rendu.

Un certain nombre d'obstacles peuvent empêcher la réalisation de ces études contre comparateur ou stratégies alternatives. Elles sont, en général, entamées très en amont de la demande de remboursement, pour s'achever au moment de l'examen par la commission de transparence : il peut s'écouler plusieurs mois, voire plusieurs années. Le comparateur choisi initialement pourra ne plus être pertinent au moment de l'évaluation par la commission si d'autres produits sont apparus depuis la conception de l'étude.

Qui plus est, le comparateur choisi par la firme peut être pertinent dans un pays donné mais non pertinent eu égard aux pratiques dans un autre pays ou au système de remboursement appliqué en France. Enfin, comme l'a fait remarquer le rapporteur, il peut arriver qu'il n'y ait pas de comparateur, notamment pour certains médicaments innovants, mais vos amendements prennent en compte ce cas de figure.

Autrement dit, ces études contre comparateurs ne peuvent être raisonnablement faire l'objet d'une exigence systématique. C'est la raison pour laquelle je suis défavorable à ces deux amendements, dans la mesure où l'obligation de l'étude contre comparateurs n'est pas réalisable.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Madame la ministre, je crois que nous passons à côté d'un véritable progrès. Un nouveau concept se dessine. Nous parlons ici du remboursement et non de l'essai thérapeutique préalable à la mise sur le marché, qui renvoie à la notion de « bénéfice médical rendu », très différente de celle du « service médical rendu » : le premier se mesure par rapport à une attitude déjà existante, le second par rapport à un placebo ou une attitude zéro.

On comprend la différence en voyant certains laboratoires retirer une molécule ou un médicament associant plusieurs molécules, dès lors qu'ils ne rapportent pas suffisamment. Cette comparaison pourrait être extrêmement opportune pour les comptes sociaux dans bien des cas.

Dans le cas des essais thérapeutiques que vous avez évoqués – mais ce n'est pas ce dont parlait Mme Lemorton –, la comparaison s'effectue par rapport à un médicament de référence en phase 3, mais c'est totalement différent. Le

médicament de référence est le plus labellisé, le plus approuvé ; c'est particulièrement vrai dans les études cancérologiques. La comparaison ne prend pas en compte tous les autres.

Madame la ministre, le souci d'économie et de rigueur est partagé sur tous les bancs : nous sommes tous d'accord pour ne rembourser des médicaments que s'ils apportent quelque chose par rapport à une situation antérieure. Vous avez eu tort de récuser, une fois de plus, l'amendement de Mme Lemorton : pour ma part, je l'encouragerai à le représenter.

(L'amendement n° 258 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 456 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 262.

Mme Catherine Lemorton. Il est défendu.

(L'amendement n° 262, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 90 rectifié et 254, deuxième rectification.

La parole est à Mme Marie-Anne Montchamp,

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008 a prévu que le Gouvernement présente chaque année un rapport au Parlement sur les conditions d'utilisation des montants correspondant aux franchises médicales.

L'amendement adopté par la commission des finances a un objet différent, mais complémentaire. Il répond au souci d'informer le Parlement sur les relations qui peuvent exister entre franchise médicale et accès aux soins. Rappelons au passage que les bénéficiaires de l'AME, comme ceux de la CMU ne sont pas concernés par les franchises.

Il s'agit de donner au Parlement les moyens de mieux comprendre les relations qui peuvent exister entre accès aux soins et franchises. Beaucoup de choses sont dites sur ce sujet, mais qui ne sont pas fondées.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour défendre l'amendement n° 254, deuxième rectification.

Mme Catherine Lemorton. Nos collègues du Nouveau Centre devraient être favorables à cet amendement. Si mes souvenirs sont bons, ils avaient déposé en mai 2008, six mois après l'application des franchises, une proposition de loi visant à exonérer du paiement des franchises les bénéficiaires des 100 % affection longue durée. Je compte donc sur vous, mes chers collègues...

Il est utile un rapport complet soit remis au Parlement chaque année. Ceux que j'ai lus, datés d'octobre 2008 et d'octobre 2009, ne considèrent que l'aspect économique de l'affaire. Ils se félicitent de la stabilisation des frais de transports sanitaires aient stagné et d'une petite baisse dans le domaine médicament, fort bien.

Mais lorsque les sondages disent que 40 % des Français ont dû renoncer aux soins ou les différer, il faudrait se demander si les franchises médicales n'y sont pas pour quelque chose.

Un passé récent nous donne raison, madame la ministre. Le Conseil d'État a, le 6 mai dernier, annulé l'article 2 du décret sur les franchises en ce qu'il obligeait les caisses à prélever le montant des franchises sur les autres prestations perçues par les bénéficiaires du tiers payant. Cet article est, en effet, contraire à la loi en vertu de laquelle « les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. » Cette annulation devrait entraîner une modification dans les pratiques des caisses.

Grâce à arrêt, il sera possible de faire admettre, par l'apport d'éléments individuels probants, que le montant des franchises médicales méconnaît le droit constitutionnel à la santé. Ainsi, au cas par cas, il pourra être démontré que pour les personnes les plus fragilisées le reste à charge est trop élevé du fait de l'importance du montant des franchises et du coût de la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire de santé.

Je ne parle pas des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU, madame Montchamp, mais de ceux qui sont juste au-dessus, ceux qui bénéficient du tiers payant et qui ont vu se cumuler les franchises que la sécurité sociale ne pouvait pas récupérer sur les remboursements à venir. Ces personnes se sont retrouvées en janvier 2009 avec des prélèvements de cinquante euros, voire deux fois cinquante euros. Sur un minimum vieillesse, cela représente beaucoup, madame la ministre. Et avec ce qui reste, je ne sais pas comment on peut vivre !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission n'a pas adopté ces deux amendements. Vous avez eu connaissance, madame Lemorton, des rapports 2008 et 2009 que je vous ai moi-même communiqués.

Mme Marisol Touraine. Ce ne sont pas des rapports !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Vous m'aviez demandé le rapport sur les franchises : vous l'avez eu en commission.

Cela dit, nous sommes tous d'accord sur un point, madame la ministre : il nous faut ce rapport bien avant le mois d'octobre, le plus tôt possible afin de prendre le temps de l'étudier. Cette demande ne nécessite pas pour autant d'être inscrite dans la loi. C'est seulement un souhait de la commission.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce rapport, madame Montchamp, nous l'avons fourni comme nous nous y étions engagés. Pour la deuxième année consécutive, le rapport a été transmis en octobre au Parlement.

La mise en œuvre des franchises a permis d'économiser 890 millions d'euros en 2008 et de financer la quasi-intégralité de l'augmentation importante des moyens consacrés aux trois priorités de santé publique que sont la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs.

M. Gérard Bapt. Foutaises !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Sur la seule année 2008, cela représente un milliard d'euros supplémentaire qui a été alloué à ces priorités sans dégrader les comptes de l'assurance maladie.

Pour le premier semestre 2009, le montant des franchises constaté est en légère hausse de 1,5 %. Nous constatons qu'il n'y a pas de modification fondamentale des comportements. Cependant, l'essor très important des grands conditionnements est à noter. Nous nous demandions comment il était possible de promouvoir ces grands conditionnements : les franchises semblent apporter leur contribution dans ce domaine.

M. Thierry Benoit. C'est vrai.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Lorsque des patients renoncent à des soins, cela concerne le secteur de l'optique et le secteur dentaire. Au demeurant, ces secteurs relèvent d'autres mécanismes...

Mme Catherine Lemorton. Faux !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...et ne sont pas impactés par les franchises.

Mme Catherine Lemorton. Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Rappelons également que nous avons fait un effort substantiel sur l'accès à la complémentaire santé, avec des augmentations qui, selon les tranches d'âge, peuvent atteindre jusqu'à plus 50 %. Il ne vous aura pas échappé non plus que dans le projet de loi de finances figure une mesure sur l'augmentation de l'aide à l'accès à la complémentaire santé pour les jeunes.

Nous prenons en compte les personnes qui se situent dans la « zone grise », juste au-dessus de la prise en charge totale par la CMUC ou l'AME. Je rappelle aussi à la représentation nationale que quinze millions de Français, les plus modestes, ne sont pas concernés par le système des franchises.

Mme Catherine Lemorton. Avec 850 euros, on est riche !

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

Mme Danièle Hoffman-Rispal. La mise en place des franchises a permis « d'économiser », avez-vous dit, madame la ministre. Or lors du débat relatif à l'instauration des franchises, vous ne parliez pas d'économies, mais de responsabilisation des patients. Quoique responsabiliser un malade du cancer en fin de vie ou un patient atteint de la maladie d'Alzheimer en GIR 1 n'est pas si évident : ces malades-là dépendent plus ce que leur prescrivent leur médecin que de ce qu'eux-mêmes choisissent. Mais à vous entendre nier la réalité, j'en viens à croire, chers collègues de l'UMP que vous ne recevez pas les mêmes gens que nous dans vos permanences ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Paul Jeanneteau. Ça doit être cela !

M. Yves Bur, rapporteur. C'est bien connu, on ne reçoit que les riches !

M. Guy Lefrand. Quelle caricature !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les riches sont majoritaires, tout le monde sait cela !

M. Yves Bur, rapporteur. À l'entendre, en dessous de trois millions de patrimoine, cela ne nous intéresse pas !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je finis par ne plus savoir, chers collègues !

Je ne veux pas faire du populisme, mais faire payer cinquante centimes sur une boîte de médicaments n'est pas sans conséquence pour des patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et qui ont un reste à charge. Mme Lemortin vient de rappeler le montant du minimum vieillesse : il est vrai qu'avec 850 euros, on est riche... Avec vous, pas question de toucher aux stock-options et autres retraites chapeaux : vous préférez faire payer cinquante centimes par boîte de médicaments pour une maladie d'Alzheimer ! À coup sûr, cela va responsabiliser le malade ! Les médecins eux-mêmes le disent, madame la ministre : certains de leurs patients vont plus se faire plus soigner.

Mme Marie-Françoise Clergeau. C'est hélas la réalité !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. À cette situation déjà dramatique s'ajoute le fait que des médecins, y compris à Paris, ne veulent plus recevoir les bénéficiaires de la CMU. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*) C'est cela qui pose un vrai problème, et la multiplication des rapports n'y changera rien.

J'ai lu le rapport, madame la ministre. Vous avez parlé de 890 millions d'économies. J'ai compris qu'il les fallait diviser ces 890 millions par trois : une partie pour la maladie d'Alzheimer, une partie pour le cancer et une autre pour les soins palliatifs. Concernant les soins palliatifs notamment, j'aimerais savoir où sont passés ces fonds, car ce ne sont pas cinquante places consacrées aux soins palliatifs dans certaines régions importantes – j'y reviendrai dans le cadre d'une proposition de loi – qui font la richesse d'une nation et l'honneur de la médecine !

(*Les amendements identiques n^{os} 90 rectifié et 254, deuxième rectification, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 146.

La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Il s'agit d'un amendement d'appel. J'ai déjà abordé ce sujet – c'est un peu mon dada – lors des deux précédents PLFSS. Nous devons continuer à réfléchir à la possibilité de mettre en place une consultation sans prescription. Permettez-moi de reprendre mon raisonnement.

Selon les chiffres de la CNAM, une consultation à 22 euros génère en moyenne quatre fois plus de prescriptions : c'est-à-dire aux alentours de 80 euros de prescription en moyenne. Par prescription, il faut comprendre des prescriptions médicamenteuses, examens complémentaires, transports, soins infirmiers etc.

Les actes médicaux sont sous-payés dans notre pays, mais les médecins gardent un niveau d'activité et de revenus correct en raison de la multiplication des actes. Cela se traduit par un nombre élevé de consultations de courte durée, probablement trop hâtives : certains praticiens voient jusqu'à quarante patients par jour, voire cinquante ou même soixante – on peut du reste se demander comment ils font. Dans une consultation sans prescription, on paierait le temps médical que le médecin consacrerait au dialogue avec le patient. Lorsqu'un médecin voit soixante malades dans la journée, il ne dispose pas du temps suffisant pour parler avec son patient et savoir ce qui se passe. Le dialogue est du reste beaucoup plus efficace qu'une prescription médicamenteuse.

Chaque fois que j'ai fait cette proposition, on m'a fait valoir que cela relevait de la convention ; mais on ne voit toujours pas d'issue.

Je demande que le Gouvernement remette au Parlement un rapport qui évaluerait l'impact d'une revalorisation de l'acte médical sans prescription systématique, les économies potentielles qu'elle générerait ainsi que le bénéfice pour le malade car derrière chaque prescription, il y a une iatrogénie.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'amendement de Jacques Domergue est intéressant...

Mme Michèle Delaunay. Très intéressant !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Mais nous avons déjà des études sur le sujet. Celle réalisée par la CNAM montre qu'en France 90 % des consultations débouchent sur une prescription de médicament, contre 73 % en Allemagne et 42 % aux Pays-Bas. Le problème, c'est la tarification. Comment appliquer des tarifs différents à ceux qui prescrivent et ceux qui ne prescrivent pas ? D'où l'intérêt du développement du contrat d'amélioration des pratiques individuelles qui permettrait de prévoir des différences.

Une autre solution serait la forfaitisation non à l'acte, mais en réseau : les maladies chroniques seraient par exemple prises en charge sous forme de forfait.

L'une ou l'autre de ces approches serait plus simple que votre proposition, monsieur Domergue.

Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il y a, en effet, cher Jacques Domergue, une sorte de modèle français de prescription. Selon la DREES, 78 % de consultations médicales donnent lieu à ordonnance ; certains avancent même le chiffre de 90%... Toujours est-il que ce taux est beaucoup moins élevé dans de nombreux autres pays européens.

Je comprends bien votre démarche. Ce qui m'importe, c'est de développer des rémunérations alternatives liées à la qualité. Or la qualité d'une consultation médicale ne se résume pas au fait qu'elle est suivie ou non par une prescription. Elle s'évalue à partir de nombreux critères : le temps que le médecin consacre au malade, la qualité de la relation avec le patient ; l'équipement du cabinet médical ; les coopérations entre professionnels de santé ; le développement ou non d'une opération d'éducation thérapeutique pour accompagner la prescription.

Si la qualité d'une consultation médicale devait se juger à la seule aune de la prescription, le risque de dérive serait très grave. C'est pourquoi je préconise des démarches plus globales. Jean-Pierre Door a eu raison de parler des CAPI. Ces contrats pourront s'enrichir pour une prise en charge plus globale.

Il faut également encourager le développement professionnel continu, qui figure parmi les mesures de la loi HPST. C'est ainsi que nous pourrions avoir des résultats. La loi HPST prévoit aussi le développement des coopérations entre les professionnels.

Tout en comprenant votre proposition, je préfère m'en tenir à une démarche plus globale : CAPI ou d'autres formules analogues ; coopération entre professionnels et développement professionnel continu. J'émet donc un avis défavorable à votre amendement.

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

M. Jean-Luc Préel. Je reviens brièvement sur les franchises. Au groupe Nouveau Centre, nous nous étions interrogés sur le fait que les affections de longue durée n'en étaient pas exonérées. Lorsque vous avez un cancer ou une insuffisance rénale, vous êtes taxé systématiquement de 50 euros et vous êtes au maximum tout au long de l'année, alors que les femmes enceintes – je ne suis pas sûr que ce soit vraiment une maladie! – sont exonérées des franchises. Exonérer les affections de longue durée me paraîtrait tout à fait souhaitable et nécessaire, en tout cas d'un point de vue médical.

Pour revenir à l'amendement de notre collègue Domergue, son idée est intéressante. J'ai également entendu l'intervention de Mme la ministre. Mais se fonder sur la non-prescription de médicaments me paraît être une idée un peu curieuse et, si je puis faire preuve d'un peu d'ironie, sans doute un peu chirurgicale! (*Sourires.*)

Je défends depuis longtemps l'idée d'une consultation longue, annuelle, auprès du médecin traitant, au cours de laquelle celui-ci développerait une relation avec son patient, connaîtrait son hygiène de vie tout au long de l'année, ferait de la prévention et de l'éducation. Ce qu'a dit Jean-Pierre Door sur la forfaitisation permettrait peut-être d'y parvenir. À la question que j'avais posée il y a quelques années, le ministre de l'époque avait répondu: « Toutes les consultations risquent d'être longues! ».

Heureusement, les médecins sont généralement consciencieux; je ne suis pas sûr qu'ils exagéreraient tous. Je propose simplement que le patient ait avec son médecin traitant, en confiance, un entretien approfondi annuel, au cours duquel ce dernier pourrait évaluer son hygiène de vie, savoir par exemple s'il fait du sport ou s'il fume. Passer un contrat moral entre le patient et le médecin me semble être une bonne pratique médicale. J'espère que nous pourrions évoluer dans ce sens d'ici peu.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Très bien!

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

Mme Catherine Génisson. L'amendement de notre collègue Domergue est intéressant, mais il prouve combien nous sommes dépouillés de nos prérogatives de parlementaires dans ce débat. Comme vous l'avez rappelé dans votre réponse, madame la ministre, tout ce qui concerne, entre autres, les dépenses de santé pour la médecine libérale, relève de la convention, à la négociation de laquelle nous ne participons pas. Je rejoins les propos de Jean-Luc Préel: pourquoi ne pas imaginer, au-delà de la rémunération à l'acte, d'autres modes de rémunération qui permettraient une meilleure prise en charge de la prévention?

En effet, si la prévention est insuffisante aujourd'hui, c'est qu'elle n'est pas rémunérée. Si certains actes sont imparfaitement effectués par les praticiens, c'est qu'ils ne sont pas reconnus à leur juste valeur, que ce soit sur le plan médical ou paramédical – je pense en particulier à l'accompagnement de fin de vie.

Nous sommes totalement exclus de ce débat et c'est dommage, car nous pourrions y apporter notre contribution, comme les années précédentes. Cela étant, les propositions contenues dans le PLFSS sont vraiment peu convaincantes.

M. le président. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Compte tenu de la réponse de Mme la ministre et de la suggestion de Jean-Pierre Door sur les CAPI, je retire mon amendement.

Je souhaiterais que l'on intègre cette notion dans les CAPI, puisque l'assurance maladie peut aujourd'hui mesurer le nombre d'actes faits sans prescription. On pourrait exiger des médecins que, dans le cadre des CAPI, ils fassent un certain pourcentage d'actes sans prescription.

(*L'amendement n° 146 est retiré.*)

Article 29

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 29.

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit de l'exonération du ticket modérateur pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée.

Je comprends l'esprit de cet article, mais sa mise en œuvre sera compliquée. Que l'on puisse dire à un patient atteint, par exemple, d'un cancer, qu'il est guéri, j'en comprends l'intérêt psychologique: cela lui permet de retrouver sa place « normale » dans la société.

Mais peut-on dire à un malade cancéreux qu'il est guéri? Nous connaissons tous des cas de récidives tardives, dont la fréquence est variable selon le cancer et selon sa localisation. D'ailleurs, le texte prévoit de prendre en charge à 100 % l'examen de suivi; autrement dit, le médecin pense qu'il convient de suivre de manière particulière ce patient, de lui faire passer des examens biologiques et radiologiques du fait de sa maladie, et donc ne le considère pas comme définitivement guéri.

Comment seront différenciés les examens de suivi des examens éventuels pour des maladies intercurrentes? L'ordonnancier bizonne existe: il suffit de l'appliquer, de l'évaluer et de le contrôler. Je pense, sans doute à tort, que l'idée sous-jacente est d'espérer faire des économies. Car, depuis plusieurs années, on explique que les affections de longue durée représentent les deux tiers des dépenses de l'assurance maladie et qu'elles sont majoritairement responsables de l'augmentation des dites dépenses. Comme il est difficile d'exclure les pathologies prises en charge actuellement au titre des maladies graves et coûteuses, l'idée est de revoir les critères d'entrée et de sortie des affections de longue durée. Un malade guéri, par définition, ne coûte pas cher au titre des affections de longue durée si le bizonne est bien utilisé. Mais espérer réaliser des économies en faisant sortir un patient du dispositif des affections de longue durée me paraît tout à fait utopique.

Par conséquent, si je comprends le bénéfice psychologique pour le patient d'être considéré comme guéri, je doute de l'économie réalisée et même de la possibilité de suivre les dépenses fléchées pour le suivi de l'affection de longue durée concernée.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je vais à mon tour vous faire part de mes interrogations et de mes fortes préoccupations quant aux dispositions de cet article.

La Haute Autorité de santé a proposé de ne pas renouveler l'ALD cancer au-delà de cinq ans pour les malades en rémission. Cet article prétend donc organiser la sortie de ces patients du dispositif ALD, tout en prévoyant que les actes médicaux et les examens biologiques nécessaires au suivi de l'affection continueront d'être pris en charge à 100 %.

On voit mal la portée réelle, concrète de cette disposition qui paraît redondante, car la prise en charge à 100 % ne concerne déjà que les actes médicaux et les examens biologiques liés à la maladie ayant entraîné l'admission en ALD.

Cette disposition pose problème ; M. Prél vient d'en parler et je partage sa préoccupation, car chaque personne est unique et l'on ne peut pas décider par décret que tel patient peut sortir du 100 % et que tel autre doit y rester. C'est au médecin d'apprécier les critères. Cette disposition ouvre en fait une première brèche dans le dispositif ALD en vue de le remettre en cause. C'est extrêmement préoccupant.

Pour toutes ces raisons, nous soutiendrons l'amendement de suppression déposé par le groupe SRC.

M. le président. La parole est à Mme Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay. Cet article est incohérent et même dangereux. (« Oh ! » sur les bancs du groupe UMP.) Je vous demande seulement d'essayer de comprendre ce que je vais dire avec beaucoup d'honnêteté et de simplicité.

Cet article confond temps de survie et taux de survie. Il y a des cancers dont on peut dire, après un temps assez rapide, que le patient est soit guéri, soit mort – c'est malheureusement aussi brutal que cela. Pour le cancer du poumon, par exemple, ce temps est inférieur à cinq ans. Le taux de guérison est faible. Le temps pendant lequel on peut rechuter est court et, si le patient a survécu après cinq ans, il est guéri.

En revanche, vous donnez comme exemples, dans l'exposé des motifs, deux des cancers pour lesquels on ne peut jamais affirmer être guéri. Le premier, le plus fréquent, est le cancer du sein, pour lequel le taux de guérison s'est nettement amélioré et dépasse 50 %. Mais le temps de guérison n'existe pas, et l'on ne peut jamais employer ce terme puisque les rechutes restent aussi importantes après trente-quatre ou trente-cinq ans qu'après quatre ou cinq ans.

C'est le cas aussi, à un moindre degré, du mélanome. Je ne veux pas vous faire un cours de médecine, je cherche simplement à expliquer ce qu'il se passe. Dans le cas du mélanome, il y a une grande différence, encore plus frappante que pour le cancer du sein, entre les formes très précoces, où le taux de récurrence est infinitésimal même si le temps de récurrence peut être très long, et des formes moins précoces en termes de diagnostic, où le taux de récurrence est élevé, mais où le temps de récurrence devient plus court.

Par cet article, vous proposez une sortie d'ALD par la loi, alors que ce processus ne relève pas du domaine législatif, mais du type de cancer et, à l'intérieur même du type de cancer, de cas particuliers.

L'article 29 est dangereux, car si l'on dit à un patient qu'il est guéri, mais qu'en même temps on l'invite à faire des examens de suivi, il y a un non-sens fondamental. Le patient à qui l'on a dit qu'il était guéri, alors que l'on connaît l'existence d'un risque de rechute, peut être tenté de ne pas faire les examens.

Cet article, tel qu'il est rédigé, est donc dangereux et incohérent. C'est pourquoi nous demandons sa suppression.

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

Mme Catherine Génisson. Je remercie Mme Delaunay de son exposé, auquel j'adhère totalement.

L'article 29 pose vraiment question, car il concerne toutes les ALD, alors que, hormis les pathologies cancéreuses sur lesquelles je ne reviendrai pas, aucune des pathologies des ALD, hormis peut-être la tuberculose active et la lèpre, ne guérit puisqu'il s'agit de pathologies graves et de pathologies chroniques que, dans le meilleur des cas, on stabilise.

Je me suis beaucoup interrogée, madame la ministre, sur le fait que vous puissiez parler de pathologies pour lesquelles on pouvait constater la guérison et qui devaient entraîner une sortie de l'ALD, une sortie de la prise en charge du coût du suivi des malades.

Par ailleurs, vous précisez que les examens biologiques et certains autres examens seront pris en charge. Cela étant, les personnes, notamment celles qui étaient atteintes d'un cancer et qui peuvent considérer être guéries, sont extrêmement soulagées de ne plus supporter le lourd poids de la maladie. Si vous mettez des dispositifs de ce type en place, ils risquent d'éloigner celui qui reste tout de même un patient de son médecin traitant et d'un suivi nécessaire, ne seraient-ce que de simples visites médicales permettant de constater que la guérison se poursuit.

Vous avez dit en commission, madame la ministre, et je vous en fais crédit, que vos intentions étaient fondées sur une approche qualitative du sujet et qu'il n'était pas question d'entrer dans une logique économique. Pour autant, en lisant l'article, on est tenté de l'interpréter comme découlant d'une logique économique. Quoi qu'il en soit, cet article semble parfaitement inapplicable.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 269.

La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. N'étant pas moi-même médecin – mais potentiellement malade ! –, j'ai laissé les spécialistes s'exprimer sur ce sujet. Toutefois, le bétien que je suis s'interroge sur ce qu'est la durée ou la fin juridique d'une maladie. C'est ce que cherche à instaurer cet article, et qui me paraît impraticable. En tout état de cause, les orateurs et les oratrices qui se sont exprimés sur cet article ont fait la démonstration brillante qu'il convenait de le supprimer.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je défendrai en même temps l'amendement n° 20.

M. le président. Je suis en effet saisi d'un amendement n° 20.

Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Remontant à plusieurs dizaines d'années et lié à la sécurité sociale, le régime des ALD est extrêmement gênant. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Pourquoi gênant ? Ce n'est pas le bon terme !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il prend en charge les maladies longues et coûteuses. On observe, aujourd'hui, une croissance annuelle supérieure à 6 % du nombre de personnes concernées. Plus de dix millions de Français bénéficient du régime des ALD et les dépenses ne font que croître. Le Haut Conseil de l'assurance maladie l'a constaté.

La Haute Autorité de santé a donc pris ce problème à bras-corps et a donné quelques solutions. Elle a proposé tout d'abord de revoir la liste des trente maladies de longue durée, qui ont probablement changé depuis que le temps que la liste en a été dressée. Elle a suggéré de reconsidérer les critères d'entrée et de sortie car, d'une part, les critères d'admission diffèrent aujourd'hui de ceux d'hier et il existe, d'autre part, des critères de sortie en cas de guérison. Nous avons participé ensemble à une mission que vous avez coprésidée, monsieur Mallot ; je passerai donc rapidement sur la troisième solution, celle d'un éventuel « bouclier sanitaire », tendant à remettre à plat de nombreux éléments.

La Haute Autorité de santé ayant engagé ces réflexions, je trouve logique et normal que l'on puisse envisager une sortie d'affection de longue durée, dès lors que les médecins et les experts considèrent que le malade est guéri. Les critères de durée de deux et cinq ans dépendent effectivement du corps médical. Cet article crée une nouvelle exonération post-ALD, laquelle permet de surveiller sur le long terme ces affections pour connaître leur évolution. Les patients qui en bénéficient sont toujours pris en charge à 100 % au titre de l'ALD. Ceux qui sortent du dispositif n'ont, en conséquence, plus d'ordonnance bizona, contrairement à ceux qui y demeurent.

Cet article prévoyant des simplifications probables, je ne vois pas de raison de s'y opposer. La commission est, par conséquent, défavorable à l'amendement n° 269.

En revanche, je rejoins par mon amendement n° 20 le propos de Mme Delaunay. Il existe effectivement des pathologies autres que le cancer, puisque la Haute Autorité de santé a évalué, avec des références, une dizaine de maladies de longue durée. Mon amendement tend à préciser qu'il existera des situations cliniques déterminées sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé, selon des modalités définies.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous devons agir, en la matière, dans un contexte strictement médical. Ce que nous proposons résulte d'ailleurs des travaux de la Haute Autorité de santé. Ce ne sont pas quelques technocrates financiers qui se sont réunis à la CNAM ou au ministère de la santé pour imaginer cela.

La Haute Autorité de santé a constaté que les études montraient que plus de 60 % des cancers étaient curables, ce taux étant même supérieur pour certaines localisations. Qu'est-ce qu'un cancer guéri, madame Delaunay ? C'est, avec toutes les précautions d'usage, un cancer pour lequel l'équipe médicale de soins pense qu'un traitement n'est plus nécessaire.

Mme Michèle Delaunay. Mais non !

M. le président. Écoutons Mme la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Certes, le cancer n'est peut-être pas guéri. Certains d'entre nous sont certainement porteurs d'un cancer sans le savoir – ou, peut-être, en le sachant. Nombre d'entre nous seront

amenés à souffrir ou à mourir de cette maladie. Nous pourrions même ajouter que nous serons sans doute tous un jour en ALD...

La Haute Autorité de santé a rendu en juin 2009 un second avis, portant sur les critères médicaux d'admission en ALD, complétant ainsi son avis de décembre 2007. Nous comptons suivre ses recommandations, mettre à jour les critères d'entrée et de sortie des ALD. Cela passe par un décret simple, pris naturellement avec toutes les précautions d'usage, telles que l'avis de la Haute Autorité de santé et des caisses d'assurance maladie. Y figurera la proposition de ne renouveler l'ALD « cancer » au-delà de la durée initiale de cinq ans que s'il s'avère nécessaire de poursuivre une thérapeutique lourde ou de prendre en charge des séquelles liées à la maladie. Cette orientation est de nature à favoriser le retour du patient à une vie normale, à changer la perception sociale du cancer, à lever les obstacles qu'elle entraîne, notamment en termes d'accès au crédit ou à l'emploi. Une mesure du second plan cancer prévoit ainsi de réformer au profit des personnes sorties d'ALD le dispositif de prise en charge des surcharges institué par la convention AERAS.

Le dispositif que nous vous proposons reprendra globalement cette logique, s'appuyant sur les conclusions de la Haute Autorité de santé. Mais la définition des situations cliniques n'est pas une démarche que nous puissions mener ici, quelles que soient par ailleurs les compétences médicales des uns et des autres. Cette tâche n'incombe pas au Parlement. Nous ne sommes pas là parce que nous sommes médecins, mais parce que nous sommes les représentants du peuple.

M. Jean Mallot. C'est bien de le rappeler !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous ne sommes pas là pour donner des cours de médecine, mais pour juger en équité. La HAS proposera évidemment la définition des situations cliniques concernées, que nous finaliserons par décret.

Concernant les actes médicaux et les examens de biologie nécessités par la surveillance de chacun des cancers en phase de rémission, quatre cancers sont couverts par des référentiels, huit le seront d'ici à la fin de l'année. Cela relève, là aussi, du travail des spécialistes de la Haute Autorité de santé. Seuls les référentiels de la HAS sont pris en compte.

J'en viens à la durée d'exonération du suivi. Je prendrai un exemple déjà évoqué : celui du cancer du sein. Une patiente atteinte d'un cancer du sein qui suit une hormonothérapie de type « tamoxifène » verra son ALD renouvelée, mais une femme dont le cancer du sein a été soigné et nécessite un suivi avec mammographie, consultation de spécialistes et dosages de marqueurs tumoraux sortira de l'ALD et profitera du dispositif de suivi envisagé par cet article. C'est finalement assez simple à imaginer. Cela va d'ailleurs tout à fait dans le sens du rapport que Jean-Pierre Door a rédigé au titre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de votre Assemblée, et qui propose de recentrer les dispositifs sur les pathologies réellement coûteuses. Pour élargir et accélérer la rédaction de ces protocoles, j'ai demandé à la Haute Autorité de santé et à l'Institut national du cancer de travailler sur les référentiels des vingt-cinq cancers les plus fréquents.

Il est fondamental de ne pas rester sur l'idée selon laquelle la qualité de la prise de charge passe obligatoirement par le dispositif ALD, dans lequel on aurait vocation à rester pour la vie. La mesure proposée est cohérente avec le nouveau plan cancer qui sera prochainement annoncé. L'essentiel est bien

de favoriser le retour du patient à une vie normale et, je le rappelle, de changer les représentations sociales relatives au cancer ainsi que de lever les obstacles trop souvent opposés aux malades.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Très bien !

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

Mme Catherine Génisson. Je préfère l'argumentation de Mme la ministre à celle de notre rapporteur. Madame la ministre, vous avez appréhendé ce sujet sous son aspect médical et non économique.

Il me semblerait important de distinguer les ALD liées aux pathologies cancéreuses des autres ALD. En effet, toutes les autres pathologies, comme je viens de le préciser, sont, hormis la tuberculose active et la lèpre, des pathologies chroniques et évolutives que l'on peut, au mieux, stabiliser. En revanche, pour des pathologies telles que l'hypertension sévère ou la maladie coronarienne, on peut intervenir en amont pour que le patient entre le plus tard possible en ALD. Je crois qu'il y a toute une réflexion à mener en matière de santé publique et de politique de santé, pour que les patients classés parmi les trente tableaux cliniques des ALD se voient reconnaître le plus tard possible le bénéfice de l'ALD. C'est presque davantage un problème d'entrée que de sortie qu'il conviendra de traiter.

(L'amendement n° 269 n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 20 a été défendu par le rapporteur.

(L'amendement n° 20, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 29, amendé, est adopté.)

Après l'article 29

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 21 rectifié et 392, portant articles additionnels après l'article 29, et pouvant être soumis à discussion commune.

L'amendement n° 21 rectifié fait l'objet d'un sous-amendement n° 571 rectifié.

La parole est à M. Yves Bur, rapporteur, pour défendre l'amendement n° 21 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur. L'importance croissante prise par les médicaments génériques a déjà permis à l'assurance maladie de réaliser d'importantes économies. Il convient de continuer dans cette voie, notamment en élargissant le répertoire de ces génériques. Il faut aussi encourager le développement des génériques en prévoyant que les éléments non essentiels du princeps que sont la forme galénique, la couleur ou la saveur ne bénéficient pas, contrairement à la molécule elle-même, de la protection des droits conférés par le brevet. Ces éléments de reconnaissance nous semblent indispensables pour lever les réticences envers les génériques. J'ajoute que le droit de substitution du pharmacien donne, de plus, le sentiment qu'il faut changer régulièrement de médicaments.

Je présenterai également le sous-amendement n° 571 rectifié, si M. Door me le permet, puisque nous en sommes coauteurs. Les caractères organoleptiques des spécialités de références sont couverts, non pas toujours par des

brevets d'invention, mais parfois par des droits de propriété intellectuelle relatifs aux marques ou aux dessins et modèles. Il est donc proposé d'étendre à ces droits le dispositif de l'amendement n° 21.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour défendre l'amendement n° 392.

Mme Catherine Lemorton. Cet amendement devrait interpeller M. Bur, puisque notre objectif est le même.

Je voudrais m'arrêter un instant sur une enquête sectorielle menée par la Commission européenne, qui a diligenté des perquisitions dans les sièges sociaux de certaines entreprises pharmaceutiques. L'enquête, qui a duré sept ans et a concerné l'ensemble des pays membres, a porté sur 43 laboratoires princeps, 27 fabricants génériques et 219 substances.

Ni l'opinion publique ni la représentation nationale n'ont été alertées. Ce document est sorti en catimini. Pourtant, les inquiétantes conclusions du rapport final rendu public par la Commission européenne, le 8 juillet dernier, sur les atteintes aux principes de la concurrence dans le domaine pharmaceutique méritent d'être connues des citoyens et de leurs représentants, et largement diffusées.

Le rapport précise, en résumé, que la concurrence fonctionne mal en matière de commercialisation des médicaments et que les grands groupes pharmaceutiques internationaux ont recours à toutes sortes d'arguties et de tripatouillages pour empêcher autant que possible l'arrivée sur le marché européen – français, en particulier – de remèdes tout aussi efficaces et beaucoup moins chers, et, surtout, pour disqualifier ceux-ci. En conséquence, le retard du consommateur dans l'accès aux génériques se traduit par d'importantes pertes financières, évaluées à 3 milliards d'euros sur l'ensemble des pays testés, pour les patients eux-mêmes, bien sûr, mais également pour les systèmes de sécurité sociale à la charge des États et donc des contribuables.

L'objectif des grandes firmes pharmaceutiques, précise le rapport, consiste à retarder par tous les moyens possibles la date de péremption du brevet. Elles multiplient, dans ce but, le brevetage de compléments superflus de la molécule originale – un polymorphe, une forme cristalline... – qui entraînent le prolongement artificiel de leur contrôle sur le médicament et interdisent l'arrivée des génériques équivalents sur le marché.

Notre amendement a pour but de supprimer la protection portant sur la taille, la forme et la couleur. Mais nous allons plus loin que vous, monsieur Bur, car sur les spécialités de référence se greffe parfois une multitude de titres de propriété intellectuelle protégeant les aspects de la présentation d'une spécialité. La protection de ces éléments relève du droit des marques et du droit sur les dessins et modèles. Les laboratoires peuvent ainsi protéger indéfiniment les caractéristiques visuelles des médicaments,...

M. le président. Veuillez conclure, madame Lemorton.

Mme Catherine Lemorton... non au titre de la propriété intellectuelle, mais de la propriété des grandes marques à l'instar des parfums ou des sacs à main.

M. Jean Mallot. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous avons débattu de ces amendements en commission. Je comprends le souci de Mme Lemorton, mais je pense qu'il est satisfait par l'amendement n° 21 rectifié et par le sous-amendement n° 571 rectifié.

Mme Catherine Lemorton. Non !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements et le sous-amendement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite que ces amendements soient retirés. Sinon, je serais obligée d'émettre un avis défavorable.

Développer l'utilisation des génériques est un objectif qui nous est commun et que nous poursuivons ; favoriser la bonne observance des médicaments, notamment pour les populations les plus fragiles, également.

Cela dit, le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est sans doute pas le meilleur contexte pour un débat, faute d'une analyse préalable approfondie des normes nationales et européennes. On imagine le fort impact qu'une telle démarche, mal évaluée, pourrait avoir sur le droit des marques, des dessins et des modèles.

Sur le fond, je ne désapprouve pas ces amendements, mais nous avons besoin, au moins, d'une étude d'impact pour aller plus loin dans cette direction.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. J'entends bien, madame la ministre, mais cet amendement a reçu l'aval de l'ensemble de la commission et j'avais cru comprendre que nous pourrions, avec vos services, trouver la meilleure solution par voie de sous-amendement, d'autant que renforcer la politique des génériques est notre souhait commun. Qu'il y ait des caractéristiques définies pour éviter la iatrogénie, on le sait. Vous pourrez régler le problème ultérieurement dans d'autres lieux après avoir demandé des études approfondies, mais je ne peux retirer un amendement de la commission.

(Le sous-amendement n° 571 rectifié est adopté.)

(L'amendement n° 21 rectifié, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 392 tombe.

Je suis saisi d'un amendement n° 373.

La parole est à M. Michel Issindou.

M. Michel Issindou. Il s'agit de rendre les tarifs encore plus clairs et transparents, car les dépassements d'honoraires sont un vrai problème.

L'information préalable est aujourd'hui obligatoire au-delà de 70 euros, mais nous aimerions que ce seuil disparaisse afin que, dès qu'il y a dépassement du tarif opposable, le patient soit informé très clairement du coût des actes, du montant et de la nature du dépassement facturé. Cela me semble être un principe sain. Ce sera vraisemblablement un peu compliqué à mettre en œuvre, mais cela évitera à des patients d'être surpris après coup par le montant qu'ils ont à payer. Je crois que la transparence sera bénéfique pour tout le monde.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable, car une information écrite préalable est déjà obligatoire depuis l'année dernière, ainsi que des devis, chez tous les professionnels de santé qui pratiquent des dépassements. Cela me semble suffisant.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas mis en œuvre !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Également défavorable. L'obligation d'une information écrite préalable lorsqu'un honoraire qui comprend un dépassement est au moins égal à 70 euros est déjà une démarche très volontariste.

Nous sommes dans une période compliquée sur le plan de la démographie médicale. Si nous faisons de nos médecins des bureaucrates obligés de consacrer une grande partie de leur temps à remplir des papiers, j'en vois mal l'intérêt pour le malade, d'autant que cette obligation d'information écrite préalable s'ajoute à l'obligation d'affichage. En cas de dépassements d'honoraires, les tarifs sont obligatoirement affichés dans la salle d'attente, et nous nous mobilisons pour que cette obligation soit respectée.

Affichage dans la salle d'attente, remise de l'information écrite préalable quand un dépassement porte le tarif de l'acte à plus de 70 euros : nous avons déjà une démarche informative très complète.

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Madame la ministre, votre réponse illustre la racine des difficultés, qui est votre refus de prendre à bras-le-corps la question des dépassements d'honoraires, car la multiplication des procédures d'information ne remplacera jamais une politique de limitation et d'encadrement du dépassement lui-même.

Le patient doit certes être informé du montant des honoraires susceptibles de lui être demandés, mais notre principale préoccupation est que ce montant soit raisonnable. Or vous ne vous engagez pas dans cette direction, en dépit d'annonces faites régulièrement, y compris très récemment, voire aujourd'hui même.

Il reste très fréquent que des patients ne soient nullement informés par écrit que l'on va leur faire payer plus de 70 euros. Il faut arrêter de se raconter des histoires ! Quand un patient se retrouve dans le bureau d'un médecin, il est tout de même assez rare qu'il lui reproche de ne pas lui avoir donné de papier. Il ne sait d'ailleurs souvent même pas qu'il faut qu'on lui en donne un, avec un devis. Un patient, on ne lui demande pas de savoir tout ça.

Par conséquent, le plus simple, c'est de considérer qu'il y a le tarif opposable et que, dès lors qu'il y a dépassement, il y a des contraintes.

Ce n'est pas la peine de multiplier les catégories. À force de le faire, vous accédez implicitement l'idée que 70 euros, cela reste dans « le tact et la mesure », que c'est un dépassement acceptable, et que c'est seulement au-delà que cela commence à poser question.

(L'amendement n° 373 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 424.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. J'avais déjà formulé le souhait, sous forme d'amendement, de limiter concrètement et de manière chiffrée les dépassements d'honoraires. Voyez que j'ai de la constance !

Je ne reviens pas sur tout ce qui a été dit à propos de l'information. C'est très bien d'informer les patients, mais le plus important, c'est qu'ils puissent payer pour être soignés correctement. Or ce n'est pas du tout réglé et, même pour l'information, nous sommes loin du compte, bien que je reconnaisse les efforts qui ont été faits, au moins dans la loi.

Mon amendement tend donc à limiter l'inflation extrêmement préoccupante des honoraires. En 2007, le taux de dépassement atteignait 51 %, et même 70 % pour certaines spécialités. Pour le portefeuille des citoyens, cela représente pour cette même année 2 milliards d'euros. Sur un reste à charge de 400 euros en moyenne annuelle selon les estimations des associations, les dépassements d'honoraires représentent 150 euros. Peut-être faut-il vérifier ces chiffres, mais ils sont préoccupants.

Je me félicite, madame la ministre, que vous ayez précisé les critères pris en compte dans l'appréciation du « tact » et de la « mesure », car cette jolie formule n'a guère de contenu et laisse à chaque praticien une grande marge de manœuvre, mais force est de constater que cela ne règle pas du tout le problème de l'arbitraire, voire des abus que nous constatons.

Nous sommes donc favorables à un plafonnement des dépassements d'honoraires, qui fait d'ailleurs partie des recommandations émises par l'IGAS dans son rapport d'avril 2007. Cela permettrait de réduire des trois quarts les dépassements.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

M. Patrick Roy. C'est dommage !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il y a, c'est vrai, des dépassements d'honoraires exagérés, mais nous avons décidé il y a quelques mois, en commission mixte paritaire, de laisser les partenaires conventionnels trouver une solution. Ils se sont engagés à réfléchir au secteur optionnel dans un délai fixé par la ministre. En fonction de leurs résultats, il sera toujours temps de prendre des décisions. Ne mettons donc pas la charrue devant les bœufs !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable, pour les mêmes raisons.

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

M. Patrick Roy. C'est une question essentielle, madame la ministre. Un grand nombre de nos concitoyens ne peuvent plus se soigner en raison, notamment, de dépassements d'honoraires parfois insupportables pour leurs finances.

Les informer est une chose, et c'est le minimum, mais la réalité du terrain que je vois régulièrement, qu'on vient me dénoncer et déplorer en permanence, c'est que de nombreux Français ne se soignent plus parce que leur situation financière ne le leur permet pas.

Il faut donc revoir les conditions des dépassements. L'amendement de Mme Fraysse et celui de Mme Touraine vont dans le bon sens. Je pense que nous y reviendrons au cours du débat.

(L'amendement n° 424 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 23.

La parole est à M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. C'est une mesure importante, que je défends depuis longtemps.

Nous avons une assurance complémentaire qui, finalement, est un payeur aveugle. Elle rembourse, après l'assurance maladie, sans savoir très bien quoi, et il lui est donc très difficile de gérer les risques.

Par les déremboursements successifs, nous mettons à sa charge un certain nombre de médicaments, notamment les médicaments remboursés à 15 %, qui ont un service médical rendu faible, et ceux dont le service médical rendu est insuffisant, qui sont carrément déremboursés.

Je propose simplement de transmettre à l'assurance complémentaire les codes CIP pour ces deux catégories de médicaments.

Cela permettra aux assureurs complémentaires de décider en connaissance de cause s'ils acceptent ou non de prendre en charge tel ou tel médicament remboursé à 15 % ou à 0 %, et selon quels critères. Cette information transformera leur rôle, elle les aidera à devenir davantage des acteurs responsables du système.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je comprends tout à fait l'objectif poursuivi par M. Bur, qui souhaite consolider la capacité d'agir des organismes complémentaires dans la gestion des risques.

Des expérimentations sont actuellement en cours. Elles ont été autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui est naturellement appelée, dans cette affaire, à veiller au respect des libertés individuelles et à garantir la protection des données personnelles, puisque ces expérimentations consistent à transmettre aux organismes complémentaires des données de facturation enrichies leur permettant de participer activement à la gestion des risques.

Dans le respect du secret médical, le code CIP figurant dans les flux électroniques des données adressées aux complémentaires de santé est, dans ces expérimentations, crypté, et n'est pas accessible aux personnes en charge de la gestion des prestations complémentaires. Ces informations sont traitées dans une sorte de « boîte noire » sécurisée, conformément aux exigences de la CNIL. L'amendement va donc beaucoup plus loin que le dispositif expérimental autorisé par la CNIL.

Cette dernière est également en train d'expertiser l'éventuelle extension du dispositif. Une réflexion approfondie me semble nécessaire, et ce n'est pas nous qui pouvons, dès ce soir, accorder cette extension au taux de 15 % aux organismes complémentaires. Je propose que cette réflexion ait lieu sous l'égide du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, en liaison avec l'Institut des données de santé et la CNIL. Cette affaire pose des problèmes de protection des données personnelles qu'il est très important de prendre en considération et que l'on ne peut pas résoudre ici ce soir.

Si vous acceptiez mon argumentation, monsieur le rapporteur, je vous serais très reconnaissante de retirer votre amendement.

M. le président. L'amendement est-il retiré, mon cher collègue ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Oui, monsieur le président. L'essentiel est d'avoir ouvert le débat. Il ne faut pas qu'il se referme.

(L'amendement n° 23 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 592.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Que le développement de la télémédecine soit insuffisant est un constat qui, sans doute, nous réunira tous. Cette insuffisance est d'autant plus regrettable que la télémédecine permet d'optimiser la qualité des soins par la rapidité des échanges au profit du patient. Elle est également importante pour l'efficacité du temps médical et pour l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, particulièrement en ces temps difficiles pour la démographie médicale.

La télémédecine, vous vous en souvenez, a été définie dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009, dite HSPT. Mais il faut aussi, une fois le cadre posé par la loi, assurer le financement des actes de télémédecine. Le décret fixant ces actes ainsi que les conditions de leur mise en œuvre et de leur prise en charge financière est en cours de finalisation, en lien avec l'assurance maladie, les professionnels et les établissements de santé. Il intègre l'encadrement juridique, organisationnel et technique de la mise en place de la télémédecine, et jette les bases d'un financement de cette activité.

Toutefois, nous avons constaté que la législation actuelle n'était pas adaptée. Cela m'a été rapporté par votre collègue Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, à qui François Fillon et moi avons confié la mission d'identifier les voies de développement de la télésanté dans notre pays. Pierre Lasbordes a clairement identifié un certain nombre de points de blocage, en particulier l'interdiction par le code de la santé publique du partage d'actes entre professionnels de santé et l'obligation, figurant dans le code de la sécurité sociale, de la présence physique en un même lieu du médecin et du patient pour les consultations médicales donnant lieu à remboursement. Ces dispositions rendent la téléconsultation totalement impossible.

L'amendement que je vous propose vise donc à exempter la télémédecine. Il s'agit de lever le principe d'interdiction du partage d'actes et de déroger, pour les actes de télémédecine, au principe d'un remboursement réservé aux actes réalisés en la présence physique du patient.

Je précise que ces modalités sont strictement réservées aux activités de télémédecine telles que définies par la loi et les textes réglementaires en cours de préparation, afin d'éviter toute dérive. Il ne s'agit évidemment pas non plus d'autoriser la double facturation d'honoraires pour une même consultation, à savoir des honoraires pour le médecin qui a le patient en face de lui et d'autres honoraires pour celui qui est en contact à distance. De même, il ne convient pas de rémunérer le conseil téléphonique qui peut être donné par le médecin au patient.

J'en profite pour remercier de sa vigilance le service de la séance, qui avait relevé une coquille dans mon amendement. C'est bien à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique qu'il est fait référence.

M. le président. Merci, madame la ministre.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission n'a pas eu le temps d'étudier cet amendement, mais j'y suis, à titre personnel, favorable. Je crois que tout le monde souhaite le développement de la télémédecine, et il est indéniable qu'un obstacle juridique s'y oppose, en particulier lorsqu'il y a plusieurs praticiens.

(L'amendement n° 592 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 348.

M. Jean-Luc Prével. Madame la ministre, il s'agit d'un amendement d'appel. La préparation par le pharmacien d'officine, conformément à une ordonnance individuelle, de doses de médicaments à administrer – ce que l'on appelle la PDA – marque un progrès sur le plan de la sécurité, notamment pour les personnes âgées dépendantes, que ce soit en EHPAD ou à domicile.

Cependant, il existe des interprétations juridiques contradictoires, certains jugements considérant que le déconditionnement et le reconditionnement nécessiteraient une nouvelle autorisation de mise sur le marché.

Un décret et des circulaires d'application sont prévus depuis le printemps. Alors qu'ils semblaient faire consensus, ils ne sont toujours pas sortis. Madame la ministre, quel est leur avenir ?

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement, considérant qu'il relève du domaine réglementaire. C'est en fait un appel lancé à Mme la ministre pour qu'elle nous dise où en sont les décrets sur la PDA.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il n'y a pas de difficulté au plan législatif. Le code de la santé publique prévoit déjà, au niveau réglementaire, que la préparation par le pharmacien des doses à administrer fait partie intégrante de l'acte de dispensation, et que le déconditionnement et le reconditionnement d'un médicament ne nécessitent pas l'octroi d'une nouvelle AMM. Cette opération n'est pas non plus soumise à l'octroi d'une autorisation de fabrication, conformément à l'article 40 de la directive du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire pour les médicaments à usage humain.

Le ministère de la santé a par ailleurs entrepris un travail de clarification sur la préparation des doses à administrer. Un décret actuellement soumis à la consultation des professionnels – pharmaciens, directeurs d'EHPAD, fédérations d'établissements – tend à soumettre à de bonnes pratiques la préparation des doses à administrer par le pharmacien. De plus, un arrêté relatif aux bonnes pratiques de dispensation précisera notamment les conditions de cette préparation.

Au bénéfice de ces explications, je vous demanderai, monsieur Prével, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, mon cher collègue ?

M. Jean-Luc Prével. Oui, monsieur le président. Mais je constate que, comme souvent, les textes en préparation tardent à sortir.

M. Michel Issindou. C'est bien le problème !

(L'amendement n° 348 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 24 et 132.

La parole est à M. le rapporteur Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 24.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit d'une proposition adoptée par la commission à l'initiative de Mme Poletti. L'amendement corrige une incohérence juridique. Il rappelle que le champ de compétence des sages-femmes ne concerne que la physiologie ; si un cas pathologique se présente, les sages-femmes s'adresseront, comme c'est normal, au médecin.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 132.

Mme Bérengère Poletti. C'est en effet un amendement qui vise à corriger ce qui est à mon sens une erreur, commise par la CMP réunie sur la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Notre assemblée et le Sénat avaient voté, dans un souci d'amélioration de la santé publique et d'accès à la contraception pour les femmes, un dispositif donnant aux sages-femmes la compétence de prescription et de suivi de la contraception. Un sénateur, médecin de profession, a souhaité et obtenu, en CMP, un encadrement par les médecins. Cette mesure est génératrice de dépenses inutiles et sans fondement. Une femme pourrait recourir à une sage-femme pour la prescription, mais devrait consulter un médecin pour le suivi. Cela me semble totalement ridicule et superfétatoire.

(Les amendements identiques n°s 24 et 132, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 420 deuxième rectification et 491 rectifié.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 420 deuxième rectification.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement est dû à l'initiative de Martine Billard, mais j'en approuve pleinement le contenu.

Il vise à exiger des praticiens libéraux utilisant des équipements lourds soumis à autorisation qu'ils réalisent les deux tiers de leur activité à la tarification du secteur I. C'est une question de cohérence comme d'efficacité. Si l'acquisition de ces équipements nécessite une autorisation de la part des pouvoirs publics, et bien souvent, d'ailleurs, des fonds publics, c'est parce qu'une régulation est nécessaire afin de permettre à tous les citoyens d'avoir accès aux soins.

Or d'importantes difficultés demeurent pour accéder à ces équipements, en particulier dans le secteur libéral, compte tenu des niveaux de tarification et de dépassement, niveaux qui conduisent de plus en plus de nos concitoyens à renoncer à des examens. Je pense que cette préoccupation pourrait faire consensus.

M. le président. La parole est à M. Patrick Roy, pour soutenir l'amendement n° 491 rectifié.

M. Patrick Roy. Il s'agit toujours du grave problème des dépassements d'honoraires. Je le redis, sans esprit de polémique ni violence : aujourd'hui, face à ces dépassements parfois très importants, de nombreux Français ne se soignent plus.

L'amendement a trait aux équipements technologiques, extrêmement utiles. On sait que la médecine fait de grands progrès : sur le territoire se multiplient scanners, IRM... J'en sais quelque chose : pour avoir eu l'honneur de présider la mission d'information sur l'amiante, et je puis témoigner que presque tout le monde nous a demandé l'accès aux scanners. C'est très bien de développer une politique d'installation d'équipements importants sur le territoire, mais si les praticiens qui les utilisent pratiquent des tarifs inabordables, l'équipement ne sert à rien pour beaucoup de nos concitoyens : il sera là, disponible à quelques kilomètres, mais ils ne pourront pas l'utiliser.

L'amendement propose donc de fixer un seuil d'utilisation minimal en secteur I afin que l'équipement concerné soit disponible pour tout le monde.

M. Jean Mallot et Mme Marisol Touraine. Très bien !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les praticiens libéraux investissent dans le domaine des appareillages, surtout en radiologie. Les radiologues sont très peu nombreux à procéder à des dépassements : 1 % à 2 % au maximum. Ils ne sont donc pas concernés par ce genre d'amendement. Certes, les chirurgiens, eux, sont plus de 50 % à en faire, mais ils entreront dans le secteur optionnel en préparation. L'avis est donc défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il faut que chacun ait accès à des soins à tarif opposable s'il le souhaite. J'ai déjà exposé un certain nombre de dispositifs qui vont en ce sens. Je tiens à rappeler que nous avons développé les plates-formes Infosoins avec la Caisse nationale d'assurance maladie et qu'on peut se procurer dans chaque caisse primaire l'adresse de professionnels qui effectuent des soins et des examens à tarif opposable. Nous allons lancer, avec la CNAM, une grande campagne d'information afin que le public ait connaissance des moyens à sa disposition pour accéder aux soins à tarif opposable. Avis défavorable, donc, à l'amendement.

(Les amendements identiques n°s 420 deuxième rectification et 491 rectifié ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 260 rectifié.

La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. L'amendement est ainsi rédigé : « Elle [la Haute autorité] veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. » Il est assez semblable à un amendement que nous avons présenté lors de l'examen du projet de loi HPST, que

vous aviez d'ailleurs accepté, et qui était encore plus sévère puisqu'il étendait l'obligation d'affichage d'hyperliens aux sites déjà certifiés.

Il faut replacer cet amendement dans le contexte actuel : les sites de santé sont nombreux – pas moins de 3 000 – et nos concitoyens sont 31 à y rechercher de l'information. 750 de ces sites ont fait la démarche pour obtenir le label *Health on Net*, également appelé « label HON », ce qui leur impose de respecter une charte par laquelle ils s'engagent à dater les informations, à indiquer la qualité des rédacteurs et la source des études, ainsi qu'à bien séparer publicité et contenu éditorial.

Je vais donner un exemple qui illustre l'importance de cet amendement. Quand on tape, sur le moteur de recherche Google, les mots « papillomavirus » ou « Gardasil », on ne tombe pas tout d'abord sur le site de la HAS ni sur celui de l'AFSSAPS, mais sur doctissimo.fr. C'est le premier site visité, et il appartient au groupe Lagardère. Quand on prend connaissance des informations sur le vaccin délivrées par la HAS, on découvre, à juste titre, qu'il ne protège qu'à 70 %, qu'il n'exonère pas les femmes de faire des frottis du col et que la vaccination doit être faite dans une certaine tranche d'âge. Or, sur doctissimo.fr, il a longtemps été indiqué – même si ce n'est plus le cas depuis quelques mois – que la protection était fiable à 100 % ; la tranche d'âge pour la vaccination n'est pas précisée sur la fiche consacrée au Gardasil ; plus grave encore, on ne dit pas qu'il faut continuer à faire des frottis.

Ces sites que nos concitoyens visitent en grand nombre se comportent en électrons libres : il faut au moins qu'ils renvoient, par des hyperliens, aux sites des autorités sanitaires, à défaut de se prévaloir d'une certification.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je pense que cet amendement relève du domaine réglementaire. En outre, je crains que ce ne soit un cavalier. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Pour ces deux raisons, la commission a émis un avis défavorable.

Mme Catherine Lemorton. Vous l'aviez pourtant accepté lors de l'examen de la loi HPST !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis défavorable. Non pas sur le fond, car je souscris complètement à la démarche de certification souhaitée par Catherine Lemorton, et nous en avons souvent discuté ensemble. Mais la mise au point de ces procédures de certification, notamment pour la définition des référentiels exigés, exige une démarche consensuelle. Nous tenons régulièrement des réunions de concertation sur ce sujet avec les professionnels concernés. Il faut évidemment que les critères soient stables, tant pour les industriels que pour les professionnels de santé. La procédure de certification est toujours en cours, et je crois qu'il serait contreproductif de la modifier à ce stade. Mais croyez bien, madame Lemorton, que le processus est engagé et poursuivi avec beaucoup de volonté.

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

Mme Catherine Lemorton. Je m'étonne tout de même qu'après avoir accepté notre amendement au mois de mars, vous le rejetiez au mois d'octobre. Je vais vous donner brièvement un dernier exemple qui en démontre l'utilité : depuis deux jours, on sait par l'Agence européenne du médicament, par l'AFSSAPS et par les centres de pharmacovigilance que le Plavix, également connu sous le nom de clopidogrel, peut être dangereux en cas de prise concomitante d'un inhibiteur de la pompe à protons. Je suis allée sur doctissimo.fr, et je peux vous dire que les informations qu'on y donne sur le Plavix sont pour le moins succinctes. Je regrette que vous n'ayez pas émis un avis favorable à l'amendement.

(*L'amendement n° 260 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 316 rectifié.

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. La permanence des soins est un sujet très sensible. Il faut constater que, depuis que nous sommes passés de l'obligation d'assurer la permanence des soins à un simple engagement volontaire, le sujet s'est encore compliqué, notamment du fait des problèmes de démographie médicale.

Un certain nombre d'initiatives ont été prises, en particulier la régulation médicale des appels concernant la permanence des soins, qui est maintenant assez développée. C'est un progrès. Mais cette régulation ne bénéficie pas de référentiels, de sorte que les personnes qui téléphonent obtiennent, selon les médecins, des réponses extrêmement diverses, allant du simple conseil médical à l'envoi d'une ambulance ou à la prescription d'une hospitalisation. La mise au point de référentiels améliorerait la qualité des soins apportés et serait en outre source d'économies. En outre, ces référentiels auraient une vocation pédagogique et formatrice à l'égard de nos concitoyens. L'amendement reprend d'ailleurs une proposition qui figurait dans le rapport de la mission d'information sur l'organisation des services d'urgence, présidée par notre collègue Georges Colombier.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le motif de l'amendement n'a pas paru très clair à la commission. En effet, je ne vois guère quel serait le contenu d'un référentiel dans le domaine de la permanence des soins. S'agit-il de la régulation téléphonique ? Des horaires de la permanence ? La Haute Autorité de santé publie déjà des référentiels de bonnes pratiques pour les visites, mais il serait difficile de faire de même pour des actes d'urgence. Par ailleurs, je pense que cela ne relève pas de la loi. La commission a donc émis un avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La Haute Autorité de santé a en effet été saisie pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques sur ce thème. Ses travaux, qui porteront sur la régulation médicale des appels pour demande de soins non programmés à partir d'une organisation structurée et dédiée, démarreront très prochainement. Ils se dérouleront selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, sur une période d'un an environ. La première réunion de travail aura lieu début 2010.

Il faut aborder d'une manière globale la question que vous évoquez, madame Génisson. Les recommandations devront porter sur l'ensemble de la régulation des activités de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente. Votre souci est donc satisfait.

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

Mme Catherine Génisson. Compte tenu des informations apportées par Mme la ministre, je retire l'amendement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je vous remercie, madame Génisson.

(L'amendement n° 316 rectifié est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 25 rectifié et 214 rectifié.

La parole est à M. Yves Bur, rapporteur, pour les défendre.

M. Yves Bur, rapporteur. Le premier amendement est de la commission, le second a été déposé à titre personnel.

Le déplacement des prescriptions vers des médicaments en dehors du répertoire des génériques – phénomène qu'un récent rapport de la Caisse nationale d'assurance maladie juge « particulièrement marqué » dans notre pays – représente un surcoût de plusieurs dizaines de millions d'euros par an pour l'assurance maladie. En effet, trop souvent, les praticiens privilégient les médicaments récents plutôt que les génériques, bien que leur efficacité thérapeutique soit équivalente et qu'ils ne possèdent pas de vertus supplémentaires. L'exemple le plus emblématique est celui du Mopral et de son générique, l'oméprazole.

Orienter les prescriptions vers le répertoire des génériques permettra des économies très importantes pour l'assurance maladie, à qualité de traitement égale pour les patients. C'est pourquoi les présents amendements tendent à établir le principe suivant lequel, à efficacité thérapeutique équivalente – j'insiste sur ce point –, et sauf nécessité particulière tenant au patient, les médecins doivent prescrire de préférence dans le répertoire des génériques. Je rappelle que, par rapport à d'autres pays, ce répertoire reste très limité et que le volume des génériques prescrits est largement inférieur : à l'étranger, la majorité des médicaments prescrits sont des génériques.

(Les amendements identiques n° 25 rectifié et 214 rectifié, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 212 et 363, pouvant être soumis à une discussion commune.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur, pour défendre l'amendement n° 212.

M. Yves Bur, rapporteur. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles – le CAPI – doit trouver la bonne articulation avec le champ conventionnel, sans que celui-ci puisse toutefois interférer avec les critères du contrat et, encore moins, le remettre en cause. Cette bonne articulation entre le CAPI et la convention est essentielle à son bon fonctionnement et conditionne de ce fait les économies dont il est susceptible de faire bénéficier l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n° 363.

M. Jean-Luc Prével. Le CAPI connaît un certain succès puisque plus de 11 000 contrats ont été signés à ce jour. Il s'agit de permettre aux médecins d'être rémunérés de façon forfaitaire, contre l'engagement de suivre des pratiques de qualité concernant la prévention, le dépistage, la continuité et la permanence des soins, ainsi que la formation. C'est un progrès important. Il serait souhaitable d'envisager dans la loi que ce contrat puisse devenir conventionnel.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ces deux amendements visent le même objectif : organiser l'articulation du CAPI avec la future convention médicale. C'est pourquoi la commission a accepté l'amendement n° 212 et repoussé l'amendement n° 363, qui est moins explicite sans que cela change rien au fond.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je veux d'abord saluer la réussite exceptionnelle des CAPI.

M. Yves Bur, rapporteur. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Quand la Caisse nationale d'assurance maladie a présenté ces CAPI,...

M. Yves Bur, rapporteur. Certains n'en donnaient pas cher !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...le moins que l'on puisse dire est que certains observateurs ne donnaient pas cher du succès de cette démarche innovante. Or, alors que l'on visait 5 000 contrats à la fin de l'année – objectif que certains trouvaient complètement extravagant –, plus de 11 000 ont été signés à la fin du mois d'octobre.

Il faut reconnaître que, dans le cadre de la vie conventionnelle, un certain nombre de contrats individuels et des objectifs particuliers existaient – ce qu'on appelait les contrats de bonnes pratiques et les contrats de santé publique. Mais les partenaires conventionnels en avaient fait – comment le dire poliment ? – un usage modéré et marginal.

M. Yves Bur, rapporteur. Homéopathique !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Voilà : homéopathique ! Nous allons souscrire à cette définition de l'homéopathie, sauf que l'homéopathie est souvent efficace, cher Yves Bur, ce qui n'est pas le cas des contrats dont nous parlons. *(Sourires.)*

Le CAPI s'inscrit résolument dans une dynamique nouvelle et constitue une des modalités majeures d'évolution des modes de rémunération souhaités par le Parlement.

M. Yves Bur, rapporteur. Tout à fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cela dit, je ne suis pas favorable, cher Yves Bur, à l'entrée des CAPI dans le cadre de la convention médicale. Cela équivaldrait à leur affadissement si l'on en juge par l'histoire des contrats particuliers dans le cadre de la convention médicale.

Toutefois, il est possible d'imaginer de permettre la reprise, dans le CAPI, d'objectifs de maîtrise médicalisée pouvant être définis conventionnellement. C'est ce que propose d'ailleurs l'un des amendements que vous allez présenter tout à l'heure.

Enrichir le CAPI par des objectifs de maîtrise médicalisée ressortant de la discussion conventionnelle? Oui. Affadir les CAPI en les versant dans la vie conventionnelle, ce qui aboutirait à une amélioration de la rémunération sans que celle-ci soit liée à la souscription des objectifs que nous avons clairement définis – sur la maîtrise médicalisée, la démographie médicale et les dépassements d'honoraires? Je n'y suis pas favorable et je vous demande donc de retirer votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Madame la ministre, je partage votre plaisir de constater la formidable réussite des CAPI. Alors qu'un certain nombre d'organisations professionnelles, voire d'ordres, ont tout fait pour qu'il soit un échec, le dispositif est une formidable réussite, ce qui montre que le corps médical français est prêt à faire un bout de chemin dans une direction nouvelle, avec des modes de rémunération tout à fait nouveaux.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr!

M. Yves Bur, rapporteur. Dans quelque temps, la rémunération à l'acte ne sera peut-être plus l'alpha et l'oméga de la médecine libérale.

Cette direction nouvelle est extrêmement intéressante et il faut saluer cette réussite. Finalement, les praticiens sont parfois plus innovants que leurs représentants.

Je peux comprendre que l'idée d'inscrire des CAPI dans la convention suscite chez vous une certaine méfiance et la crainte de leur affadissement. Rassurez-vous, ce n'était pas mon objectif. Si vous êtes prête à faire adopter l'amendement n° 213, qui permettra justement d'inscrire dans les CAPI les objectifs de maîtrise médicalisée qui sont prévus par la convention, je veux bien retirer celui-ci.

(L'amendement n° 212 est retiré.)

M. le président. Retirez-vous également l'amendement n° 363, monsieur Prétel?

M. Jean-Luc Prétel. Monsieur le président, j'ai constaté que Mme la ministre s'adressait au « cher Yves Bur »... *(Sourires.)*

M. Guy Lefrand. Jaloux!

M. Jean-Luc Prétel. ...et je ne suis pas sûr qu'elle m'ait demandé de retirer l'amendement. Si elle ne me demande pas de le retirer, je le maintiens, bien entendu...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Si je n'avais pas répondu au cher Jean-Luc Prétel, c'est que je souhaitais le traiter avec toute la considération qu'il mérite, et lui souhaiter, au nom du Gouvernement, un très bon anniversaire. *(Applaudissements sur tous les bancs.)* Cher Jean-Luc Prétel, je voulais vous demander ainsi de retirer votre amendement *(Rires sur tous les bancs)*, au bénéfice de ces explications.

M. Jean-Luc Prétel. Je le retire.

(L'amendement n° 363 est retiré.)

M. le président. La Présidence s'associe à ces vœux de bon anniversaire, cher collègue.

Je suis saisi de deux amendements, n° 270 rectifié et 26 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 270 rectifié.

Mme Marisol Touraine. Nous prolongeons la discussion sur les dépassements d'honoraires, en proposant que les médecins autorisés à dépasser le tarif opposable effectuent au moins 50 % de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent.

Madame la ministre, je sais que vous allez répondre que le secteur optionnel vient d'être créé et qu'un effort a été fait pour encadrer les tarifs. Cet amendement nous donne justement l'occasion d'exprimer notre très vif scepticisme à l'égard de ce secteur optionnel.

Selon nous, il permettra aux médecins du secteur 1 d'obtenir des dépassements d'honoraires sans que ceux qui sont actuellement en secteur 2 et qui pratiquent des dépassements relativement importants adoptent, en contrepartie, des tarifs plus raisonnables.

Ce n'est pas du donnant-donnant, mais une vaste glissade et même dégringolade vers la banalisation du dépassement. Si le secteur optionnel devait se développer, il aboutirait, à terme, à la fin du secteur 1.

Qu'il faille engager une réflexion sur le juste niveau de rémunération des professionnels, cela nous paraît sans doute nécessaire et utile. Si nous en venons à constater que le tarif opposable ne permet pas aux médecins de pratiquer une médecine de qualité en accordant au patient le temps nécessaire, mettons-nous autour de la table pour en discuter,...

M. Philippe Vitel. Elle a raison!

Mme Marisol Touraine. ...mais ne multiplions pas des expédients qui aboutissent, en réalité, à un véritable maquis tarifaire où personne ne se retrouve. Nous avons tous des anecdotes à citer sur des médecins qui pratiquent des dépassements alors qu'en théorie ils ne devraient pas le faire puisqu'ils sont en secteur 1, mais qui ont reçu des autorisations sur on ne sait trop quelles bases.

Actuellement, le problème est que les patients ne s'y retrouvent pas et ne sont pas en situation de le faire. Cette opacité est, en elle-même, un facteur d'inflation tarifaire. Elle est contre-productive du point de vue du système de santé car, même si les dépassements ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, à l'évidence ils provoquent une inflation de tarifs et de demandes médicales.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

Je répète ce que j'ai dit à propos d'un amendement précédent: les négociations du secteur optionnel sont en cours, des propositions sont faites, une date est fixée. Comme elle l'a déjà indiqué, Mme la ministre prendra ses responsabilités en fonction de l'évolution de ces négociations autour du secteur optionnel entre les partenaires professionnels et les caisses.

M. Guy Lefrand. Très bien!

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 270 rectifié?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable. Je m'en suis déjà expliquée plusieurs fois avec Mme Touraine, qui a déposé une série d'amendements pouvant être considérés comme de repli.

Mon avis sera également défavorable sur l'amendement n° 26 rectifié, soumis à discussion commune.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Juste un mot pour saluer la création – enfin ! – de ce secteur optionnel dont les syndicats en avaient évoqué l'éventualité il y a douze ans – car c'est dès 1977 que l'idée avait germé. En 2004, M. Douste-Blazy l'a entérinée, mais il a fallu encore cinq ans pour qu'elle devienne une proposition actuellement en phase de construction avancée.

Madame Touraine, je vous rejoins sur l'exposé des motifs de votre amendement. Comme vous, je crois que la meilleure solution consiste à commencer à revaloriser certains actes, pour parvenir à une cohérence entre la valeur de l'acte et sa qualité. Il faut donc revoir la CCAM technique et continuer la réflexion sur la CCAM clinique, qui n'a toujours pas abouti.

Mais ce secteur optionnel représente une chance à saisir ; il faut le laisser se développer, réussir, offrir une alternative, en attendant qu'il soit, peut-être, la véritable solution à terme. Pourquoi ne pas nous retrouver tous sur cette façon d'encadrer l'acte, tout en lui en rendant toute sa noblesse ? C'est une idée personnelle que je vous soumetts.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, pour défendre l'amendement n° 26 rectifié.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise à imposer aux médecins du secteur 2, sans toucher aux honoraires de 70 % de leur exercice, un certain nombre d'actes à tarif opposable.

Quelle est la situation ? Elle n'est pas nouvelle. Nous en avons déjà débattu il y a deux ans, et l'Assemblée avait adopté un tel amendement. Nous avons d'ailleurs adopté un amendement similaire dans la loi HPST.

Le problème est que, sur certains territoires, notamment urbains, il n'y a plus d'offre significative en secteur opposable, et que le secteur 2 y détient donc une sorte de monopole de fait.

M. Michel Issindou. C'est regrettable !

M. Yves Bur, rapporteur. Or les praticiens du secteur 2 sont tenus d'exercer un pourcentage de leur activité à tarif opposable.

Reprenons ce qui est proposé, dans le cadre de la négociation du secteur optionnel, aux médecins dont les honoraires seront limités à 50 % de dépassement, et disons que les médecins du secteur 2 feront 30 % de leurs actes à tarif opposable. Ainsi, chacun pourra accéder à des soins à tarif opposable.

Nous en discutons maintenant depuis des années, il est temps d'agir.

Mme Jacqueline Fraysse et Mme Marisol Touraine. Très bien !

M. Yves Bur, rapporteur. Un accord a été signé sur le secteur optionnel. C'est une déclaration d'intention. Dans les revues médicales, j'ai lu les premières impressions de certains professionnels – à Lyon, dans le midi, à Strasbourg – qui montrent un certain scepticisme, beaucoup déclarant même qu'ils ne se laisseront pas attirer dans le secteur optionnel tel qu'il est formaté.

M. Philippe Vitel. C'est un jeu de rôles !

M. Yves Bur, rapporteur. Combien d'années devons-nous encore attendre avant que les patients puissent, malgré tout, accéder à des soins opposables ?

J'ajoute, madame la ministre, que, selon tous les rapports publiés sur le sujet, seulement un tiers des contrats des assureurs complémentaires prévoient le remboursement des dépassements. On m'objecte souvent que les actes correspondant à des tarifs opposables, bénéficiaires de la CMU y compris, représentent déjà 30 % des actes réalisés par la plupart des praticiens. Si tel est le cas, l'amendement ne leur posera aucun problème ; dans le cas contraire, il créera une offre nouvelle d'actes à tarif opposable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je comprends l'impatience, pour ne pas dire l'exaspération de M. Bur sur ce sujet ; elle est d'ailleurs partagée sur de nombreux bancs de cette assemblée. Cependant, je le renvoie au protocole d'accord du 15 octobre, bien plus global puisqu'il concerne non seulement la part de l'activité à tarifs opposables, mais aussi la limitation en volume des dépassements d'honoraires ainsi que l'intervention des organismes complémentaires. Sur tous ces points, la discussion doit encore s'affiner ; l'amendement aurait un effet contreproductif dans la mesure où il couperait court à la négociation...

M. Dominique Tian et M. Philippe Vitel. Tout à fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...et votre légitime exaspération s'en trouverait accrue. Au bénéfice de cette explication, cher Yves Bur, ainsi que de ma relative connaissance – certes inférieure à la vôtre – de la vie conventionnelle, je vous invite à retirer votre amendement.

M. Yves Bur, rapporteur. Je le maintiens.

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

M. Jean-Luc Prével. *Quid* de la date d'application du protocole d'accord ? Celui-ci a été signé le 15 octobre à la suite de l'adoption d'un amendement au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Les dépassements d'honoraires sont en effet devenus insupportables, d'autant que l'accès aux praticiens du secteur 1 n'est pas assuré sur tout le territoire, ni pour toutes les spécialités.

Jean-Pierre Door vient d'évoquer une date butoir : quelle est-elle ? Quand la négociation conventionnelle se conclura-t-elle ? Il est possible que la date prévue en février soit repoussée. Bref, quand l'accord conventionnel sera-t-il validé par Mme la ministre ? Et, en l'absence d'accord conventionnel, seriez-vous prête, madame la ministre, à instaurer le secteur optionnel par décret ?

Quoi qu'il en soit, le secteur optionnel n'est pas la panacée, puisqu'il exclut des spécialités cliniques aujourd'hui dévaluées : il faudrait aussi y remédier. Comme l'a justement observé M. Vitel, cela ne va pas sans poser certains problèmes qui, si l'on instaurait la CCAM clinique en réévaluant la CCAM technique, ne se poseraient peut-être pas.

M. Philippe Vitel. Très juste !

(L'amendement n° 270 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 26 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 364.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement concerne la mise en œuvre du CAPI par voie conventionnelle, mais, le cher Yves Bur (*Sourires*) ayant déposé un meilleur amendement sur le sujet, je retire le mien.

M. Yves Bur, rapporteur. Vous avez tout compris! (*Sourires*).
(*L'amendement n° 364 est retiré.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur, pour défendre l'amendement n° 213.

M. Yves Bur, rapporteur. Il s'agit de l'amendement dont parlait Mme la ministre tout à l'heure: les CAPI doivent pouvoir être adaptés en fonction des objectifs assignés chaque année à la maîtrise médicalisée des dépenses. Ils n'en seront que plus efficaces et permettront peut-être d'atteindre pour la première fois les objectifs de maîtrise médicalisée, puisque ceux-ci n'ont pour l'heure été satisfaits, en général, qu'à 60 % ou 65 %.

(*L'amendement n° 213, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 394 rectifié et 391 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Guy Malherbe, pour défendre l'amendement n° 394 rectifié.

M. Guy Malherbe. Compte tenu de l'importance des décisions prises par le Comité économique des produits de santé, il conviendrait de lui adjoindre quatre parlementaires, lesquels pourraient être désignés par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, pour soutenir l'amendement n° 391 rectifié.

Mme Catherine Lemorton. Comme on l'a vu ce matin en évoquant la clause de sauvegarde, les décisions prises au sein du CEPS sont essentielles, puisqu'elles touchent aux recettes de la protection sociale en général et de l'assurance-maladie en particulier. On voit donc l'intérêt pour les parlementaires d'y siéger:...

M. Dominique Tian. Absolument!

M. Yves Bur, rapporteur. Comment un parlementaire pourrait-il siéger au CEPS? Il n'en a pas le temps!

Mme Catherine Lemorton. ...cela éviterait des impasses comme celles que nous avons constatées aujourd'hui. L'opposition se remet à peine, en effet, du revirement des députés de l'UMP, qui, à la demande de Mme la ministre, ont voté l'après-midi le contraire de ce qu'ils avaient voté le matin – ce qui laisse songeur sur leur indépendance et leur capacité de réflexion. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission les a rejetés: le CEPS est un organe technique où siègent déjà de nombreux spécialistes. Je ne vois pas ce que les parlementaires ont à y faire: nous sommes là pour légiférer, non pour nous prononcer sur des mesures réglementaires ou des problèmes techniques.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La confusion règne. Siéger au CEPS est presque un travail à temps complet: vous n'auriez plus le temps, chers amis parlementaires, d'être en séance! On vous a élus pour légiférer, siéger dans cet hémicycle et en commission, et en aucun cas au Comité économique des produits de santé: un peu de sérieux! J'invite donc au retrait de ces amendements.

Mme Marie-Christine Dalloz. Très bien!

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

Mme Catherine Lemorton. L'importance de l'amendement, madame la ministre, tient à la nature des décisions prise par le CEPS. J'en veux pour preuve les conventions, dont nous ignorons le contenu.

M. Jean Mallot. Et voilà!

Mme Catherine Lemorton. Qu'inscrivent les laboratoires dans ces conventions pour passer sous la clause de sauvegarde? Vous êtes le premier, monsieur Bur, à approuver l'extension des génériques, la baisse des prix et à souhaiter avoir un œil sur le service médical rendu et sur son amélioration. L'amendement permettrait davantage de transparence.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur, rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur. Je partage totalement l'avis de Mme la ministre: siéger au CEPS est un travail à plein temps. En outre, ne jetons pas l'opprobre sur ce comité, qui accomplit un travail de remarquable. Le Gouvernement lui fixe des objectifs de négociation qu'il met en œuvre, ce qui est la meilleure façon de garantir des économies sur les médicaments. Je veux en tout cas saluer le professionnalisme et la grande rigueur du CEPS.

(*L'amendement n° 394 rectifié est retiré.*)

(*L'amendement n° 391 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 465.

La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. La gratuité des soins, compte tenu de la CMU, occupe aujourd'hui une place importante. Dans des régions comme la mienne, on observe souvent que le niveau de vie des allocataires ne correspond pas forcément aux critères de ce dispositif destiné aux personnes dans la plus grande précarité. Il convient donc de revoir les conditions de résidence en France des allocataires, en portant la durée minimale de résidence à un an, contre trois mois actuellement.

Mme Marisol Touraine. Et concrètement, comment fait-on?

M. Philippe Vitel. Cela permettrait de vérifier la réalité du patrimoine et des revenus des intéressés avant de leur accorder la gratuité des soins: le décalage est en effet parfois étonnant.

M. Jean Mallot. Ne sont-ils pas protégés par le bouclier fiscal?

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. La législation actuelle prévoit déjà que les allocataires doivent être résidents en France « de façon stable, c'est-à-dire de manière ininter-

rompue depuis plus de trois mois ». Cette disposition semble suffisante; elle permet d'éviter le tourisme médical. Quant aux fraudes ou aux abus, ils doivent faire l'objet de poursuites.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable également. La durée de résidence préalable à l'affiliation au titre de la CMU de base est de trois mois, et ce afin de concilier deux objectifs : conditionner le bénéfice de l'assurance-maladie à une durée minimale de résidence d'une part, respecter les exigences de santé publique, selon lesquelles une personne doit avoir accès aux soins et à leur prise en charge dans les délais les plus brefs, de l'autre.

La période de trois mois me semble un juste équilibre, par ailleurs fragile : le remettre en cause serait contreproductif dans la mesure où les soins seraient pris en charge plus tardivement, devenant ainsi plus coûteux qu'en étant administrés au début de la maladie. L'amendement induirait donc des coûts supplémentaires pour le système de solidarité nationale.

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

Mme Marisol Touraine. Il est franchement invraisemblable !

M. Philippe Vitel. Oui, monsieur le président; il me permettra d'ailleurs d'insister davantage encore sur l'amendement suivant.

(L'amendement n° 465 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 466 rectifié.

La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. L'amendement n° 466 rectifié complète et précise le précédent. Il est ainsi rédigé : « Le droit à la couverture maladie universelle pour les résidents étrangers, membres de l'Union européenne, séjournant en France, est subordonné à la déclaration de revenus perçus dans le pays d'origine. »

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. La liste des pièces justificatives relèverait plutôt du règlement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pour ce qui est de la couverture maladie universelle de base, il convient de rappeler que les ressortissants communautaires inactifs n'y ont jamais droit, sauf accident de la vie. En effet, pour être en situation régulière en France, condition nécessaire pour bénéficier de la CMU de base, ils doivent notamment disposer, à leur arrivée en France, d'une assurance pour leurs soins de santé, ainsi que le prévoit l'article L. 121-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Pour ce qui est de la couverture maladie universelle complémentaire, il est déjà prévu à l'article 161-1-4 du code de la sécurité sociale que, « pour le service des prestations sous condition de ressources », parmi lesquelles la CMU-C, « l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a

résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. » Inutile, donc, d'introduire dans le code de la sécurité sociale la disposition que vous préconisez : elle ferait double emploi avec la réglementation actuelle.

M. Philippe Vitel. Mais cela n'évite pas les fraudes, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est autre chose ! Cela relève des dispositifs de lutte contre la fraude, fraude qui, chacun le sait, peut en effet exister. Tout système de solidarité suscite un certain nombre de fraudes. Si ces comportements erratiques ne sont pas la majorité, ils doivent être combattus avec force. C'est ce que nous faisons avec mon collègue Éric Woerth, mais cela relève d'autres procédures. Les dispositions législatives et réglementaires, elles, sont bouclées.

(L'amendement n° 466 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 144.

La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. La loi HPST a instauré, dans son article 27, un nouveau mode de représentation des professionnels de santé répartis en trois collèges. La création du troisième collège, dit « des plateaux techniques », est directement concernée par la mise en place du secteur optionnel, secteur nouveau indispensable pour revaloriser certains actes techniques, condition essentielle pour limiter les dépassements d'honoraires.

Il apparaît donc évident que les syndicats médicaux signataires de la précédente convention, qu'ils ont dénoncée le 10 juillet 2009, et qui ont signé, il y a quelques jours, un protocole d'accord, ne sont pas représentatifs du nouveau paysage syndical amené à discuter, selon la loi, la future convention, et par voie de fait le « secteur optionnel ».

Le présent amendement a pour but de prolonger le règlement conventionnel jusqu'aux prochaines élections aux unions régionales des professionnels de santé – les URPS –, qui permettront de redéfinir les nouveaux partenaires syndicaux, seuls aptes à signer la nouvelle convention.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable. Cet amendement ne paraît pas nécessaire, car le code de la sécurité sociale organise la procédure qui permet de régler les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie dans le cas où il n'y aurait plus de convention. Vous avez rappelé la date à laquelle la convention a été dénoncée; l'échéance est fixée en février prochain; si, alors, aucune convention médicale n'est en vigueur, il pourra y avoir un règlement arbitral, un règlement conventionnel minimum. C'est Mme la ministre qui prendra la décision de nommer un arbitre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Monsieur Domergue, je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement. Je comprends votre motivation : vous craignez qu'il y ait, en quelque sorte, un vide conventionnel. Vous voyez le calendrier se dérouler, vous savez que la convention médicale du 12 janvier 2005 a été conclue pour une durée de cinq ans et vous constatez qu'elle arrive à échéance le 11 février prochain. Comme deux syndicats se sont opposés à

sa reconduction tacite, de nouvelles négociations sont en cours. N'ayez aucune crainte : si ces négociations n'aboutissent pas d'ici à janvier 2010, l'arbitre désigné à l'ouverture des négociations rédigera un règlement arbitral qui prendra le relais de la convention actuelle. Il pourra être extrêmement conservatoire ou au contraire porteur d'avancées négociées avec les représentants des médecins. Ce ne sera donc pas forcément, comme je l'entends dire assez souvent, un arbitrage *a minima*. Une intervention législative supplémentaire ne me paraît pas utile.

D'autre part, je signale que votre amendement présente un fort risque d'anticonstitutionnalité, car il porte atteinte à une situation légalement acquise, atteinte que ne justifie aucun motif d'intérêt général.

En tout état de cause, les élections seront organisées au cours de l'année 2010, afin de faire fonctionner la démocratie sociale. Les URPS notamment, qui sont une des pierres angulaires des agences générales de santé, joueront un rôle important dans cette démocratie sanitaire que nous appelons de nos vœux.

C'est pourquoi, monsieur Domergue, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Je veux bien retirer l'amendement, madame la ministre : ce n'est pas la peur du vide conventionnel qui l'a inspiré, mais le fait que les syndicats qui vont discuter de ce secteur optionnel ne sont pas ceux qui ont été désignés par la loi. Celle-ci précise pourtant qu'il faut recréer des corps représentatifs pour engager la discussion.

Je retire donc l'amendement, mais je tiens à ce que l'on prenne en considération la question qu'il soulève, car il est indispensable que ceux qui sont concernés par ce secteur optionnel soient ceux qui vont en discuter.

(L'amendement n° 144 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 195 rectifié.

La parole est à Mme Annick Girardin.

Mme Annick Girardin. Le présent amendement constitue la nécessaire réponse aux nouveaux remboursements de médicaments auxquels souhaite procéder le Gouvernement par voie réglementaire. Alors que les dispositions législatives doivent désormais être accompagnées d'études d'impact, il est anormal et préjudiciable au fonctionnement de nos institutions qu'aucune étude d'impact ne soit mise à disposition de la représentation nationale pour de telles mesures, qui ont pourtant des conséquences considérables tant sur l'activité économique du pays que sur le quotidien de nos concitoyens.

Nous proposons donc d'insérer après l'article 29 un article ainsi rédigé : « Avant toute baisse du taux de remboursement de médicaments par la sécurité sociale, une étude d'impact approfondie des mesures envisagées sur l'économie française est présentée au Parlement, étudiant notamment les conséquences en termes d'emplois, de rentrées fiscales et sociales, de capacité de développement ou de maintien de l'outil de production ainsi que de possibilité d'investissement en recherche privée comme publique. »

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Une telle mesure relève de la politique industrielle. Lorsque les laboratoires présentent les médicaments au sein du Comité économique des produits de santé, ils fournissent tous les documents utiles. Le CEPS connaît parfaitement toutes ces questions : les conséquences éventuelles en termes d'emplois ou de capacité de développement, si jamais le prix fixé n'est pas celui souhaité par le laboratoire. Il me semble que ce rapport serait superflu. Avis défavorable.

(L'amendement n° 195 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 315 rectifié.

La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement vise à demander une étude sur les renoncements aux soins, ce qui me permettra de répondre à notre collègue Vitel qui, tout à l'heure, a exposé sa position sur le sujet.

Récemment encore, une enquête menée par Médecins du Monde a montré les difficultés d'accès aux soins que rencontrent les plus démunis. L'an dernier, une enquête réalisée par IPSOS pour le Secours populaire avait révélé que deux Français sur cinq ont déjà retardé des soins ou y ont renoncé à cause de leur coût, souvent faute de couverture complémentaire. On pourrait également citer les rapports du Secours catholique et d'ATD Quart Monde, qui formulent à peu près les mêmes observations et les mêmes conclusions.

Alors que l'on a fêté les dix ans de la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, grande avancée dont nous pouvons être fiers, le récent rapport d'évaluation de la loi rédigé par le Fonds CMU a porté une attention particulière au problème des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C. Selon ce rapport, rendu public le 1^{er} juillet 2009, un professionnel de santé sur quatre exerçant à Paris – 25,5 % – refuse de soigner les patients les plus défavorisés.

M. Philippe Vitel. Ils n'en ont pas le droit, c'est la loi !

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Réalisée par *testing* auprès d'un échantillon de 900 dentistes, médecins généralistes et spécialistes, cette enquête, effectuée à Paris fin 2008 et début 2009, confirme la réalité des pratiques de discrimination envers les bénéficiaires de la CMU. Elle souligne aussi les difficultés d'accès aux soins des plus démunis dans notre capitale, où plus de la moitié des praticiens – 58 % – appliquent le dépassement d'honoraires. L'enquête révèle qu'un tiers des dentistes et près d'un médecin généraliste sur cinq refusent de soigner les bénéficiaires de la CMU. Les gynécologues et les ophtalmologues sont les plus concernés. Les radiologues, inversement, sont peu – 5 % – à refuser.

Les auteurs de l'étude émettent l'hypothèse que beaucoup de praticiens connaissent mal la loi et ignorent se placer dans l'illégalité en refusant un patient bénéficiaire de la CMU.

La première raison invoquée pour ce refus est la lourdeur administrative qu'implique la CMU, le médecin étant payé directement par l'assurance maladie. Parmi les généralistes, le taux de refus varie du simple au quintuple selon qu'ils sont ou non équipés d'un terminal pour cartes Vitale. Mais la principale raison du refus reste financière : dans la mesure où ces patients ne peuvent se voir appliquer un dépassement d'honoraires, les médecins de secteur 2 qui les prennent en charge connaissent un manque à gagner.

Je voudrais profiter de cet amendement pour répondre à notre collègue qui, tout à l'heure, laissait croire qu'il y avait de nombreuses fraudes...

M. Dominique Tian. Il y en a beaucoup, madame ! Tout le monde le sait !

M. Philippe Vitel. Et cela devrait vous attrister !

Mme Martine Carrillon-Couvreur. ...ou, en tout cas, beaucoup d'abus. Jean-Marie Rolland, ici présent, préside le conseil de surveillance de la CMU, aux travaux duquel je participe également. Dans tous les rapports récents, dans toutes les communications qui ont été faites lors des réunions du conseil, il a toujours été précisé qu'il n'y avait pas de fraude excessive.

Ce n'est pas là que les fraudes sont les plus importantes, même s'il y en a eu parfois. Je n'ai pas les chiffres précis, mais peut-être Jean-Marie Rolland pourrait-il les communiquer. En outre, des contrôles s'exercent et la situation n'est pas aussi grave que certains voulaient bien le laisser croire.

Soyons donc attentifs à fournir des chiffres corrects, et veillons à ne pas suggérer qu'il existe tant de graves abus.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable.

Il est déjà possible de prendre connaissance de l'excellent rapport annuel du Fonds CMU et de celui, également excellent, de l'observatoire de l'accès aux soins créé par Médecins du monde. Cela permet de disposer d'informations, d'avancer dans le traitement du dossier et de résoudre les problèmes.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous ne manquons pas d'informations sur ce sujet, puisque, effectivement, les rapports abondent. L'un des meilleurs est le rapport du fonds CMU, d'ailleurs transmis en septembre dernier au Parlement comme à moi-même. Nous disposons ainsi de toutes les informations, utilement complétées par d'autres, qui nous permettent de renseigner le programme 183 visant à garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources.

Nous disposons également de moyens pour lutter contre le refus de soins, au premier rang desquels figure le code de déontologie des médecins. J'ai moi-même demandé aux caisses d'assurance maladie de suivre tout particulièrement les 5 % de praticiens qui reçoivent le moins de bénéficiaires de la CMU. Il ne s'agit pas de les mettre en cause *a priori* – ils peuvent avoir de très bonnes raisons – mais de les suivre et, lorsque c'est nécessaire, de les rappeler à l'ordre. Une lettre a, en outre, été envoyée au réseau de la CNAMTS pour améliorer la prise en charge des plaintes pour refus de soins.

La loi HPST a, pour sa part, très clairement défini la discrimination financière ou sociale, en visant explicitement les refus de soins à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C, de l'aide médicale d'État et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Nous avons également renforcé, par la loi, les possibilités données aux caisses de sanctionner financièrement les professionnels de santé, après une phase de conciliation sous l'autorité d'une commission mixte associant l'ordre des médecins et l'assurance maladie. La loi a instauré, de plus, un observatoire de l'accès aux soins, qui s'attache à proposer des solutions adaptées aux problèmes. De

surcroît, les futurs directeurs généraux des agences régionales de santé ont reçu instruction de faire preuve de la plus grande fermeté sur ce sujet. Enfin, le comité de suivi de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C se réunira dès le mois de janvier prochain, sous l'égide de mon cabinet.

J'émet donc un avis défavorable. Nous disposons déjà de suffisamment de rapports. Analysons-les, tirons-en les conséquences et menons des actions concrètes. Un rapport supplémentaire n'apporterait rien.

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Je lisais hier les résultats d'une enquête d'opinion sur les soins de santé en France, dont ressortaient une forte méconnaissance du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et la faible utilisation de ce dispositif.

Mme Catherine Lemorton. C'est vrai !

M. Philippe Vitel. Avez-vous, madame la ministre, des précisions à nous apporter ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Effectivement, comme vous l'avez bien noté, nous avons effectué un travail d'information auprès des personnes susceptibles de bénéficier de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, particulièrement auprès des divers réseaux qui permettent de toucher les publics concernés. Nous avons également simplifié le dispositif d'accès à la complémentaire santé en instaurant un chèque *ad hoc*.

Nous voyons donc le nombre de bénéficiaires de ce dispositif croître de manière continue. Il a ainsi augmenté de 33 % en un an. Nous pouvons très certainement faire mieux, mais la politique que j'ai mise en œuvre porte ses fruits.

(L'amendement n° 315 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 422 rectifié et 455 rectifié, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Si je propose, par ces deux amendements, que soient rédigés des rapports, je ne fais pas de cette forme un principe intangible, et d'autres canaux peuvent être envisagés.

S'agissant de l'amendement n° 422 rectifié, ma préoccupation, que je crois partagée, porte sur les prix des médicaments génériques en Europe. Nous constatons effectivement que ces prix sont, en France, très supérieurs à ceux pratiqués dans d'autres pays.

Par exemple, un traitement d'un mois à la simvastatine coûterait 2,48 euros en Grande-Bretagne, tandis qu'il revient, en France, à 16,03 euros. Pour un traitement de même durée au captopril 50, le coût est respectivement de 1,01 euro en Grande-Bretagne et de 9,27 euros dans notre pays.

Je pourrais ajouter d'autres exemples, que je ne donne pas pour ne pas prolonger la séance, mais je ne m'en interroge pas moins vivement sur cette situation. Tout le monde doit d'ailleurs s'interroger, ces différences pesant à la fois sur les déficits de l'assurance maladie et sur les patients, au titre du

reste à charge. Je voudrais comprendre ces différences, et que l'on crée les conditions pour les surmonter. Il me semble que l'Europe a été créée dans un souci d'harmonisation ; harmonisons donc !

Je propose un rapport car, ayant envie de comprendre, j'estime qu'un travail pourrait être engagé pour nous éclairer. Peut-être ce travail peut-il prendre une autre forme que celle d'un rapport, mais nous ne pouvons demeurer dans une telle incompréhension, qui pèse sur nos finances. Une explication doit bien exister ; nous souhaiterions la connaître.

L'amendement n° 455 rectifié vise, pour sa part, à clarifier, également sous la forme d'un rapport, la question du reste à charge. Il me semble qu'il fournirait un support de travail indispensable à la réflexion du Gouvernement. La question suscite un débat au sein même de cet hémicycle : j'entends les ministres dire que le reste à charge ne s'accroît pas, mais nous constatons tous les jours que de plus en plus de patients ont du mal à accéder aux soins ; vous le constatez certainement aussi, madame la ministre. Ce n'est pas très étonnant : après l'instauration des franchises, l'augmentation du forfait hospitalier, la multiplication des remboursements, etc., il n'y a pas de raisons que le reste à charge n'augmente pas.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Il y a de plus en plus de personnes prises en charge à 100 % !

Mme Jacqueline Fraysse. Pourrions-nous, par conséquent, disposer d'un rapport précis qui chiffre le reste à charge et son évolution au fil du temps ?

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. Il est vrai, madame Fraysse, que le prix des génériques est un réel problème. Cependant, le Comité économique des produits de santé rend déjà un rapport annuel. Peut-être suffirait-il de lui demander de se pencher plus particulièrement sur la question des génériques.

Je propose, en outre, que M. Bur, président du groupe d'études sur les médicaments et les produits de santé de l'Assemblée nationale, entame un travail sur ce problème.

J'émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 422 rectifié.

S'agissant du reste à charge, objet de l'amendement n° 455 rectifié, existent déjà la commission des comptes de la santé, la commission des comptes de la sécurité sociale, le rapport annuel sur les franchises, le rapport annuel du Fonds CMU et le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ce dernier ayant d'ailleurs traité la question il y a quelques mois ; nous avons même eu le document en mains.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

Sur ces sujets également, les rapports abondent. Toutes les informations sont disponibles en ligne sur le site du CEPS. En outre, ces chiffres sont transmis dans les questionnaires PLFSS demandés par l'Assemblée nationale. Il en va de même pour le reste à charge, sur lequel les études foisonnent ; elles ont

d'ailleurs été présentées dans le cadre de la commission des comptes de la santé. La véracité et la légitimité des chiffres fournis n'ont suscité aucune contestation des partenaires qui y siégeaient, parmi lesquels figuraient les partenaires sociaux.

M. le président. La parole est à M. Patrick Roy. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Charles de La Verpillière. Et la lumière fut !

M. Patrick Roy. Je note le plaisir éprouvé par mes collègues de droite à l'idée de pouvoir rester quelques instants de plus dans ce haut lieu de la démocratie qu'est notre hémicycle.

J'ai bien saisi, madame la ministre, que, s'agissant du renoncement aux soins, les chiffres étaient disponibles. Je n'ai, en revanche, pas bien compris l'argument sur les médicaments génériques. J'ai effectivement cru entendre – mais peut-être mon audition a-t-elle faibli à cette heure avancée de la nuit – que des informations existaient mais qu'elles étaient floues et, sinon secrètes, du moins peu diffusées.

Le problème soulevé par notre collègue Jacqueline Fraysse est, en tous cas, tout à fait sérieux. Si les rapports existent, il conviendrait de les étudier et de les communiquer.

M. Guy Lefrand. Vite, un rapport sur les rapports !

M. Patrick Roy. La question de ces dépassements, extrêmement importants, me paraît essentielle.

Même si M. Bur et son groupe d'études sont susceptibles d'y consacrer leurs travaux, nous pourrions tous y songer, sur le chemin de nos chambres à coucher respectives. Ainsi nous élèverions-nous vers des sentiments...

M. le président. Votre temps de parole est épuisé, cher collègue.

(*L'amendement n° 422 rectifié n'est pas adopté.*)

(*L'amendement n° 455 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, aujourd'hui, vendredi 30 octobre à neuf heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

La séance est levée.

(*La séance est levée, le vendredi 30 octobre 2009, à une heure trente.*)

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

CLAUDE AZÉMA



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	171,30
33	Questions 1 an	118,90
83	Table compte rendu 1 an	29,40
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	153,30
35	Questions 1 an	86,10
85	Table compte rendu 1 an	26,00
95	Table questions 1 an	18,10
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	894,50
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	865,90

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 21 novembre 2008 publié au *Journal officiel* du 27 novembre 2008

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : 01-40-58-75-00 – Renseignements documentaires : 01-40-58-79-79 – Télécopie abonnement : 01-40-58-77-57

Prix du numéro : 2,50 €
(Fascicules compte rendu et amendements)