

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Séances du vendredi 30 octobre 2009

Compte rendu intégral



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



JO
JOURNAUX
OFFICIELS

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

SOMMAIRE GÉNÉRAL

1^{re} séance 8773

2^e séance 8803

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

38^e séance

Compte rendu intégral

1^{re} séance du vendredi 30 octobre 2009

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. TONY DREYFUS

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010** (*suite*) (n^{os} 1976, 1994, 1995) (p. 8775)

QUATRIÈME PARTIE (*suite*) (p. 8775)

Article 30 (p. 8775)

MM. Roland Muzeau, Guy Lefrand, Philippe Vitel, Jacques Domergue, Mme Catherine Lemorton.

Amendements n^{os} 384, 351, 361, 352, 27, 366.

Après l'article 30 (p. 8777)

Amendements n^{os} 215, 110, 133, 393 rectifié, 578, 367, 561, 369, 380 rectifié, 200.

Rappels au règlement (p. 8785)

Mmes Marisol Touraine, Marie-Françoise Clergeau, Edwige Antier.

Article 31 (p. 8785)

M. Jean Mallot, Mmes Marisol Touraine, Catherine Génisson, Martine Carrillon-Couvreur, MM. Patrick Roy, Jacques Domergue, Mmes Michèle Delaunay, Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Amendement n^o 30.

Après l'article 31 (p. 8788)

Amendements n^{os} 32, 406, 405, 31, 92 rectifié.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales.

Article 32 (p. 8790) .

Mmes Martine Billard, Marisol Touraine, M. Jean-Luc Prél, Mmes Catherine Génisson, Martine Carrillon-Couvreur, M. Jean Mallot, Mme la ministre.

Amendements n^{os} 33, 230, 36 avec le sous-amendement n^o 597, 374, 440, 439, 495, 402.

Amendements identiques n^{os} 35 et 428.

Amendements identiques n^{os} 426 et 493.

Amendements n^{os} 34, 37, 145 rectifié.

Après l'article 32 (p. 8796)

Amendements n^{os} 227 rectifié, 211 rectifié et 22 rectifié avec le sous-amendement n^o 599, n^o 371 rectifié.

Amendements identiques n^{os} 441 et 537.

Amendements identiques n^{os} 38, 111, 153 et 517.

Amendements n^{os} 442, 178 rectifié ; n^o 340 rectifié et 462.

Amendements identiques n^{os} 40 et 516.

Amendements identiques n^{os} 463 et 497.

Amendements n^{os} 233 et 404 ; n^o 256 rectifié.

2. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 8801)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. TONY DREYFUS

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf 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).

QUATRIÈME PARTIE *(suite)*

M. le président. Hier soir, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles, s'arrêtant à l'article 30.

Article 30

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 30.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Monsieur le président, madame la ministre de la santé et des sports, monsieur le rapporteur de la commission des affaires sociales, chers collègues, la procédure de mise sous accord préalable vise à réduire les « mauvaises habitudes de prescription » et les dépenses de santé « injustifiées ».

Si nous sommes plutôt favorables au développement de bonnes pratiques en la matière et au bon usage des moyens financiers, nous sommes plus que réservés sur les dispositions proposées, car la procédure peut être longue, ce qui pénalisera les patients.

Dans la rédaction actuelle, la suspicion de mauvaise pratique est focalisée sur une activité forte : « tel médecin prescrit beaucoup tel acte ». Elle induit une forme d'autocensure chez certains médecins qui, ne voulant pas être suspectés injustement, comptent actes et nuitées en fonction non de l'état médical ou social des patients, mais de contraintes procédurales ou comptables. Nous avons appelé votre attention sur les limites et les risques de cette logique comptable.

Aujourd'hui, vous allez plus loin en étendant la procédure aux arrêts de travail et en autorisant le directeur de l'organisme local à « proposer au médecin d'atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause dans un délai

maximum de six mois », au lieu de procéder à la mise sous entente préalable. Autrement dit, la prescription ne sera pas conditionnée par un double diagnostic, mais pas des objectifs chiffrés : vous demandez au thermomètre de faire baisser la fièvre.

Si l'accord préalable est déjà une usine à gaz, il est pire encore d'instaurer des quotas pour les médecins, qui encourront des sanctions financières à proportion de l'écart entre leurs prescriptions et les objectifs.

Compte tenu de ses conséquences prévisibles sur l'accès aux soins, nous proposons de supprimer l'article.

M. le président. La parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. L'article 30, qui vise à améliorer la procédure de mise sous accord préalable, nous semble important.

L'accord préalable, institué par la loi du 13 août 2004, a été étendu à tous les champs de la prescription par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il permet au directeur d'un organisme social, s'il constate un volume de prescriptions supérieur à la moyenne régionale pour une activité comparable, de soumettre celles-ci à l'accord préalable systématique du service du contrôle médical.

Si les premières études de la CNAM ont montré l'efficacité de ce dispositif, sa procédure doit être allégée dans certains cas et le ciblage doit être rendu plus efficace. C'est ce à quoi vise l'article, qui prévoit une solution alternative proposée par le directeur et le médecin-conseil chef de service au professionnel de santé concerné, à l'issue de l'entretien contradictoire précédant la mise sous accord préalable.

Cette alternative, réservée aux cas où la déviance constatée le permet, consiste à fixer un objectif de réduction des prescriptions dans un laps de temps donné, objectif qui doit être réaliste et ne peut en tout état de cause être inférieur à la moyenne régionale ou départementale de référence.

Il importe de lutter contre les abus constatés chez les professionnels de santé, qui sont rares, il est vrai, mais sont susceptibles de donner une mauvaise image de la profession. Nous le soulignerons de nouveau lorsque nous aborderons l'article 31, qui traite de la régulation des transports sanitaires.

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

M. Philippe Vitel. Au fil des années, nous nous sommes évertués à instaurer un code de bonnes pratiques des prescripteurs, visant à une meilleure utilisation de l'argent que les souscripteurs de l'assurance maladie mettent au service des autres. Dès lors que chacun y cotise selon ses moyens – et y recourt selon ses besoins –, il doit savoir ce qu'il advient de sa cotisation.

Depuis des années, les praticiens reçoivent un compte rendu de leur activité et de leurs prescriptions. Pendant longtemps, j'ai pratiqué le TSAP, le tableau statistique de l'activité des praticiens, qui faisait apparaître les domaines

dans lesquels nos prescriptions s'écartaient de celles de nos confrères de la région – et non du département, ce que nous aurions préféré.

La mise sous accord préalable, destinée à favoriser les pratiques vertueuses, rencontre des limites d'ordre quantitatif, du fait de la lourdeur du dispositif. Pour les prescriptions d'arrêt de travail, la procédure a été appliquée à 44 médecins généralistes en 2006, à 159 en 2007 et à 146 en 2008. Quant aux campagnes relatives aux transports sanitaires et aux actes de kinésithérapie, lancées à partir de 2008, elles ont concerné respectivement 140 et 150 médecins. Un décalage apparaît ainsi entre les objectifs et la réalité observée.

Dans le cadre du nouveau ciblage, qui me paraît parfaitement cohérent, nous devons nous donner les moyens d'amener les praticiens, de manière non pas répressive, mais pédagogique et préventive, à respecter un code de bonne conduite.

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

M. Jacques Domergue. Le système de l'accord préalable se heurte à certaines difficultés, puisqu'il soumet à un contrôle les actes prescrits, surtout si, comme les actes chirurgicaux, ils sont volumineux, coûteux ou lourds de conséquences pour le malade.

On pourrait imaginer d'y soumettre tout praticien, notamment tout chirurgien, qui doit fournir un devis à un malade, lui délivrer l'information nécessaire et lui laisser le temps de la réflexion. Mais, en pratique, l'assurance maladie n'a pas les moyens de répondre en temps et en heure à la demande des professionnels qui recourraient à cette procédure. C'est pourquoi celle-ci est accueillie de manière mitigée. Si chacun a le souci de respecter la règle, celle-ci s'avère difficilement applicable. D'où la nécessité de procéder à une clarification, qui rendrait la méthode adoptée plus crédible aux yeux des professionnels. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe UMP.)

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

Mme Catherine Lemorton. Je regrette que l'article 30 tende à alourdir la procédure. Les caisses d'assurance maladie disposent déjà de statistiques de toutes les prescriptions des médecins : arrêts de travail, médicaments génériques, hospitalisation ou transports sanitaires. Il existe à ce titre un dispositif insuffisamment utilisé : c'est le déploiement des délégués de l'assurance maladie.

Leur rôle principal est de présenter aux professionnels de santé des comparaisons chiffrées entre leur activité et celle des confrères qui les entourent. M. Lefranc a mentionné la moyenne régionale ou départementale de référence, mais ces territoires sont trop grands : c'est par quartier qu'il faut raisonner, car les bassins de population, par conséquent les besoins, diffèrent parfois à quelques kilomètres près.

Il serait préférable d'utiliser davantage le levier que représentent les délégués de l'assurance maladie, au lieu d'alourdir encore les procédures administratives de l'assurance maladie, au risque d'allonger les délais de réponse.

M. le président. Nous en venons à l'examen des amendements déposés sur l'article.

Je suis saisi d'un amendement n° 384.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet amendement de suppression de l'article est défendu.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La commission a rejeté l'amendement. L'article améliore le ciblage des médecins par une meilleure prise en compte de leur volume d'activité, et offre une procédure alternative qui a l'avantage d'être beaucoup plus souple que la mise sous accord préalable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la santé et des sports, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

(L'amendement n° 384 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 351, 361, 352, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce sont des amendements d'appel, qui ont été rejetés par la commission.

Il arrive, de manière exceptionnelle, que le directeur d'une caisse émette une décision contraire à la position de la commission de pénalité. C'est pourquoi j'avais souhaité qu'il ne puisse prononcer de sanction que sur avis conforme de cette commission. Cela dit, je retirerai ces amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je remercie M. le rapporteur de retirer ses amendements. Je comprends son souci de valoriser les commissions, mais il ne serait pas opportun de supprimer le pouvoir de décision en dernier recours du directeur, alors même qu'il suit l'avis des commissions dans 99 % des cas. Nous devons lui laisser la possibilité de sortir par le haut d'une difficulté.

(Les amendements n° 351, 361 et 352 sont retirés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 27.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'amendement corrige une erreur matérielle.

(L'amendement n° 27, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 366.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement vise à insérer, après la première phrase de l'alinéa 9, la phrase suivante : « Cet objectif, porté à la connaissance des patients, doit être défini en fonction du pourcentage de prescriptions ou de réalisations injustifiées sur le plan médical ».

La fixation d'un objectif de réduction ne peut être décidée sur la seule base de critères statistiques nécessairement critiquables, et qui conduisent à une maîtrise comptable des dépenses de santé. En tout état de cause, les patients devront être informés par le médecin des engagements pris auprès de l'assurance maladie. Le silence gardé sur ce point ne pourrait que nuire à la relation de confiance entre le médecin et son patient.

(L'amendement n° 366, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 30, amendé, est adopté.)

Après l'article 30

M. le président. Après l'article 30, je suis saisi d'un amendement n° 215.

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

M. Yves Bur, rapporteur. On peut considérer que tout contrat conclu entre l'assurance maladie et les professionnels de santé est d'ordre public, notamment parce qu'il découle des décisions que nous prenons dans cet hémicycle. Ainsi, le CAPI, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles, résulte d'une disposition que nous avons adoptée lors de l'examen du PLFSS pour 2008.

Pourtant, aujourd'hui, le code de la santé prévoit que les professionnels de santé doivent communiquer au conseil départemental de leur ordre les contrats et avenants relatifs à l'exercice de leur profession dans le mois suivant la date à laquelle ils ont été conclus. Cette disposition me paraît d'autant plus inutile que ces contrats doivent être tenus à la disposition du ministère de la santé par les conseils départementaux des ordres.

Alors que l'existence des contrats-types signés par les praticiens est due à une décision législative, l'ordre des médecins exige que ces derniers lui soient soumis. Je considère que cette démarche est inutile.

Pour ma part, je regrette que le Conseil de l'ordre des médecins se positionne en adversaire du CAPI et qu'il s'adresse au Parlement, qui a autorisé l'assurance maladie à mettre ces contrats en place, en donneur de leçons. Il s'agit d'une opposition un tant soit peu conservatrice.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis favorable : c'est un excellent amendement.

(L'amendement n° 215 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 110.

La parole est à M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Madame la ministre, mes chers collègues, dans le monde rural, nous sommes confrontés à la désertification médicale. Ce phénomène qui a tendance à s'accélérer touche tous les territoires ruraux, y compris, paradoxalement, ceux dont la population augmente de façon sensible.

Pour tenter de l'enrayer, plusieurs modes d'organisation ont été essayés : les maisons médicales de garde ont pris en charge la permanence des soins dans les villes petites et moyennes, les maisons de santé rurales ont été créées, et certaines collectivités ou certaines caisses de MSA ont fait des efforts afin de créer des conditions attractives pour les médecins – en la matière, nous risquons d'ailleurs d'assister à des situations de surenchère comme celles qu'a connues le Québec. Le développement des EHPAD est également susceptible d'aider des médecins à se maintenir en zone rurale.

Malheureusement, tous ces éléments ne jouent qu'à la marge : ils ne suffisent pas à enrayer le phénomène.

Aujourd'hui, nous sommes donc soumis à une véritable exigence de régulation. Le problème touche des millions de nos concitoyens et il s'agit désormais d'organiser un nouveau service public dans les zones rurales.

Madame la ministre, dans l'avant-projet de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, vous avez tenté d'apporter une réponse à ce problème. Malheureusement, vous n'avez pas pu présenter ces dispositions au Parlement ; je pense pourtant qu'elles étaient indispensables.

Mon amendement s'inspire de votre avant-projet de loi. Il propose une solution fondée sur la concertation entre les syndicats de médecins et les caisses régionales d'assurance maladie. Elle permettrait de fixer des règles tant en matière territoriale qu'en ce qui concerne les spécialités. Pour un certain nombre de spécialités, en effet, le problème se pose même dans les villes moyennes, au-delà des zones rurales.

Si nous ne voulons pas, d'ici quelques années, nous trouver dans l'obligation d'adopter des dispositions de régulation beaucoup plus autoritaires que celles-ci, je pense qu'il est indispensable de voter mon amendement.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Monsieur Garrigue, vous ouvrez à nouveau le très long débat que nous avons eu sur ce sujet lors de l'examen de la loi HPST.

Il faut laisser à cette loi le temps de s'appliquer. Elle prévoit déjà que les agences régionales de santé auront la charge d'étudier le schéma régional d'organisation des soins sur le territoire, donc de lutter contre les déserts médicaux.

Toute une stratégie a déjà été mise en œuvre avec, par exemple, la création de bourses incitatives : il faut attendre d'en voir les effets.

Il n'est donc pas encore temps de revenir sur ce débat. Je suis défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cher Daniel Garrigue, M. Didier Migaud, le président de la commission des finances, a bien fixé les limites et l'éthique de l'examen de ce PLFSS en nous invitant à ne pas « jouer le deuxième tour » de la loi HPST. Je crois qu'il a eu raison.

Je connais les problèmes que pose la démographie médicale, et je sais que le département de la Dordogne est miné par ce phénomène.

Dans la loi HPST nous avons prévu un dispositif extrêmement complexe qui s'appuie sur la formation des médecins; sur leurs modalités d'installation pilotées par les ARS qui joueront le rôle de guichet d'aide à l'installation; sur la création d'un corps de médecins boursiers, ou encore sur l'établissement d'un SROS ambulatoire. Nous avons également largement commencé à mettre en place des coopérations entre les professionnels de santé, ainsi que le financement de maisons médicales pluridisciplinaires.

Dans les trois ans qui viennent, si ces mesures ne sont pas suffisantes, le contrat santé solidarité, prévu par la loi, permettra de donner encore un coup d'accélérateur à cette politique.

Nous disposons donc d'un large éventail de dispositifs complexes et très ambitieux: avant de songer à prendre les mesures coercitives que propose votre amendement, nous devons laisser le temps à ces mesures de faire toutes leurs preuves.

J'ai bien compris que votre amendement était plutôt un amendement d'appel destiné à permettre que la question de la démographie médicale soit à nouveau évoquée dans cet hémicycle.

M. Michel Issindou et M. Jean Mallot. Un amendement d'appel: bien sûr, c'est tellement évident!

M. Daniel Garrigue. Si c'est un appel, c'est un appel au secours!

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

Mme Marisol Touraine. S'il s'agit d'un amendement d'appel, nous allons nous en saisir, car le problème de l'installation des médecins dans les zones à faible densité est extrêmement préoccupant.

Je comprends bien qu'il n'est pas opportun de faire « revenir en deuxième semestre » la loi HPST, mais le PLFSS comprend tout de même une pléthore d'articles portant des mesures de régulation, à commencer par celui que nous venons d'adopter et par celui que nous examinerons dans un instant.

Manifestement, la loi HPST ne répond ni aux attentes des professionnels des secteurs concernés, ni à celles des jeunes médecins qui souhaitent s'installer, ni à celles de la population qui constate que rien ne change. Donner un coup d'accélérateur en la matière ne serait donc pas une mauvaise chose.

Cela serait possible, d'autant que l'attente de la mise en place des institutions issues de la loi HPST, comme les ARS, ne vous a pas empêché de prendre, par anticipation, certaines mesures quand elles vous arrangent. Nous pouvons rappeler l'affaire des blocs opératoires: il s'agissait typiquement d'une mesure qui relevait des ARS, mais vous n'avez pas attendu que ces dernières s'installent. Pourquoi faudrait-il patienter pour ce qui concerne l'installation des médecins dans les zones sous-denses alors que, sur d'autres sujets, vous avez déjà agi?.

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il y a une très grande confusion dans l'esprit de Mme Touraine: les mesures en question ne concernent pas la fermeture de blocs opératoires, il s'agit seulement de moderniser l'appareil réglementaire qui fixe les normes de sécurité.

Ces normes datent en effet de 1956, et l'on ne peut que reconnaître qu'elles méritaient d'être toilettées.

M. Jacques Domergue et M. Guy Lefrand. Évidemment!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En effet, depuis un demi-siècle, le système de santé a tout de même connu un certain nombre d'évolutions.

Mes prédécesseurs ont d'ailleurs engagé ce travail il y a plusieurs années, et il a fait l'objet d'une concertation entre toutes les parties prenantes: la Haute autorité de santé, le Conseil national de l'ordre des médecins, le Conseil national de la chirurgie, les sociétés savantes et les syndicats professionnels.

Nous établissons des normes de sécurité pour moderniser les règles en cours, car la puissance publique, garante de la sécurité, a besoin d'un cahier des charges.

Nous avons tenu compte de la notion de proximité puisque, à ma demande, le seuil de 2 000 interventions annuelles, que recommandaient les sociétés savantes et le Conseil national de la chirurgie, a été abaissé à 1 500. Il s'agit d'un outil réglementaire dont va se servir la puissance publique, en particulier les ARS, pour organiser les transformations nécessaires à la sécurité des malades. Il ne s'agit absolument pas de décisions de fermetures.

Si une telle affirmation était proférée par une autre personne que vous, madame Touraine, je penserais à de l'incompétence; mais ici, je pense à de la malveillance... (« Oh! » sur plusieurs bancs du groupe SRC.)

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

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, il n'est pas question de malveillance: les uns et les autres veulent seulement apporter leur contribution au débat.

Le seuil de 1 500 interventions annuelles est sans doute très intéressant, mais il ne peut avoir de sens si l'on considère seulement les établissements: il faut aussi prendre en compte les praticiens.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les mesures de normes ne se réduisent pas au nombre d'actes: le système est évidemment plus complexe!

Mme Catherine Génisson. La démographie médicale est un problème majeur qui nous a beaucoup occupés pendant l'examen de la loi HPST; et vous-même, madame la ministre, pour des raisons diverses, avez été contrainte de défendre des propositions très en deçà de celles que vous aviez annoncées quelques semaines ou quelques mois avant le débat.

Les mesures que vous avez énoncées pour répondre à M. Garrigue sont évidemment bonnes à prendre, mais, pour la grande majorité d'entre elles, elles sont déjà très largement appliquées, ce qui permet de se rendre compte qu'elles sont très largement insuffisantes.

En conséquence, le débat ouvert par M. Garrigue et l'amendement qu'il défend me semblent être très opportuns.

M. le président. La parole est à M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Madame la ministre, je ne crois pas que M. Migaud refuserait que nous discutions de dispositions qui ont, à l'évidence, un impact financier non négligeable sur notre système de sécurité sociale.

Mon amendement n'est pas un amendement d'appel mais un amendement d'appel au secours.

M. Jean Mallot. Très bien !

M. Daniel Garrigue. Selon vous, il mettrait en place une coercition, mais cela n'est pas le cas puisqu'il prévoit, au contraire, une concertation.

Il s'agit véritablement d'un enjeu de service public. Le service public de la santé n'est plus assuré en milieu rural.

M. Michel Issindou et **M. Jean Mallot.** Il a raison !

M. Daniel Garrigue. Dans ces circonstances, les pouvoirs publics ont l'obligation de réguler. On parle de régulation dans tous les domaines ; il n'y aurait donc qu'en matière de santé que la régulation n'aurait pas de raison d'être !

(L'amendement n° 110 n'est pas adopté.)

Mme Catherine Lemorton. La majorité n'est pas bien courageuse !

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 133.

La parole est à Mme Cécile Gallez.

Mme Cécile Gallez. Les mois comptant la plupart du temps 30 ou 31 jours, il serait nécessaire, pour le traitement des maladies chroniques de longue durée, de prévoir, dans un souci d'économie, un conditionnement des médicaments par boîte de 32 comprimés pour un mois – au lieu de 28 – et de 96 pour trois mois.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il est vrai que les boîtes de 28 comprimés ne sont pas adaptées, puisqu'un mois compte en général au moins 30 jours. Néanmoins, ce type de mesures ne relève pas de la loi. Mme la ministre pourra sans doute encourager le développement des grands conditionnements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les conditionnements trimestriels de médicaments importants des classes pharmaceutiques concernées sont désormais disponibles dans les officines – je pense aux statines et aux antidiabétiques oraux. La montée en charge de ces grands conditionnements, que j'évoquais hier, a du reste permis de réaliser des économies importantes, de l'ordre de 85 millions d'euros. Le marché est donc maintenant approvisionné en conditionnements adaptés aux patients stabilisés pour le traitement de leurs pathologies chroniques.

Sur ce sujet, chère Cécile Gallez, il serait sans doute plus sage d'attendre les recommandations de la Haute autorité de santé avant d'étendre la disposition à d'autres pathologies. S'agissant de la taille des conditionnements, il est plus important de procéder à l'harmonisation à 30 et à 90 et de faire en sorte que celle-ci soit effective. Pour les traitements chroniques à prendre en continu, il n'y aurait pas de bénéfices à passer ce nombre à 32 et 96. Votre amendement est donc satisfait, au moins dans son esprit. Aussi, je vous serais reconnaissante de bien vouloir le retirer. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

Mme Marisol Touraine. C'est fou ce qu'on vous demande d'attendre. L'année prochaine, ce sera formidable !

M. le président. Retirez-vous votre amendement, madame Gallez ?

Mme Cécile Gallez. Je le retire.

(L'amendement n° 133 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 393 rectifié.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Vous savez que l'offre de soins accessibles au tarif opposable est un réel problème dans notre pays, en particulier dans certains territoires. Pour y remédier, nous souhaitons offrir aux agences régionales de santé des outils permettant de garantir à la population la possibilité d'avoir accès à des soins respectant le tarif opposable, au moins pour les soins les plus lourds et les plus coûteux qui sont délivrés en établissements. Ceux-ci devraient ainsi respecter un quota d'actes proposés au tarif opposable. C'est, du reste, une demande de certains établissements eux-mêmes.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. M. Prével le sait bien, l'article 1^{er} de la loi HPST confie déjà aux établissements privés une mission de service public, laquelle comprend notamment la prise en charge des urgences et des patients bénéficiaires de la CMU. En outre, le protocole concernant le secteur optionnel régit les relations entre les établissements privés et les praticiens qui y exercent. Laissons donc faire les signataires du protocole, qui devrait s'appliquer dans quelques semaines.

M. Michel Issindou. Nous avons donc le choix entre attendre et laisser faire !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable. C'est une disposition contraire aux termes de la convention nationale. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

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

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement pose un vrai problème.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. En tout cas, il pose problème !

M. Jean-Luc Prével. Les patients doivent pouvoir avoir accès, sur l'ensemble du territoire, à des tarifs remboursables. M. le rapporteur nous dit qu'il faut attendre, mais nous ne pouvons attendre plus longtemps. Les missions de service public des établissements privés, c'est une chose. Encore faut-il que les patients puissent avoir accès à des soins remboursables. En effet, ce n'est pas parce que l'établissement doit remplir des missions de service public, par exemple en matière d'urgences, qu'il n'appliquera pas par ailleurs en chirurgie des tarifs excédant ceux du secteur 1. Le secteur optionnel ne réglera pas entièrement le problème. Du reste, nous avons déposé un amendement, qui va bientôt venir en discussion, afin de connaître sa date d'application effective.

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

Mme Marisol Touraine. L'argument de Mme la ministre, selon lequel une telle disposition serait contraire à la convention nationale actuelle, est précisément au cœur des problèmes soulevés par cet amendement et par tous ceux qui tendent à

mettre en œuvre une régulation des dépassements d'honoraires et l'organisation d'une offre de soins au tarif opposable : cela signifie précisément que cette convention ne permet pas de garantir l'accès à des soins au tarif opposable.

Nous avons le sentiment que le Gouvernement nous demande sans cesse d'attendre des jours meilleurs, dont nous n'avons pas de raison de penser qu'ils viendront au cours des mois à venir. Madame la ministre, cela fait deux ans que vous nous annoncez, à chaque PLFSS, que des mesures vont être prises pour lutter contre les dépassements d'honoraires et garantir l'accès à des soins au tarif opposable. Or, rien ne se fait.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est faux !

Mme Marisol Touraine. Votre explication est étonnante. Si la convention s'oppose à la mise en œuvre d'un tel dispositif, eh bien, finissons-en avec la convention et prenons enfin des mesures dignes de ce nom !

(L'amendement n° 393 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 578.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement, cosigné par Pierre Morange, a pour objet d'attirer l'attention du ministère sur le fait que nous aurions besoin d'une information complète et détaillée sur les garanties qu'offrent les complémentaires. Nous entendons ainsi donner suite aux remarques de la Cour des comptes, laquelle a regretté le flou qui entoure les coûts et les garanties des organismes complémentaires.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement comporte quelques difficultés. L'accès aux données du SNIIRAM a progressé, notamment sous l'impulsion de l'IDS, et des travaux sont en cours pour permettre aux régimes obligatoires et aux régimes complémentaires de progresser dans l'accès réciproque à leurs données anonymisées. Les membres de ces instances se sont engagés dans des travaux qui ont pour but de mettre en place un dispositif d'appariement des données des régimes obligatoires et complémentaires afin d'analyser la prise en charge des assurés, donc leur reste à charge. Ces travaux, extrêmement complexes, puisqu'il faut respecter les données personnelles, vont conduire à la création d'un échantillon permanent permettant d'étudier la répartition de la couverture maladie et le reste à charge pour les assurés.

L'amendement proposé change substantiellement les missions de l'IDS et crée une nouvelle obligation pour les organismes complémentaires. Celle-ci peut être inscrite dans la loi, mais, de grâce, ne prenons pas ce type de mesures sans avoir organisé une concertation préalable avec les acteurs concernés. Au demeurant, il ne vous a pas échappé, cher Jean-Pierre Door, que cette disposition constituerait un cavalier social.

M. le président. Monsieur le rapporteur, retirez-vous votre amendement ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je retire cet amendement. L'essentiel était d'attirer l'attention de Mme la ministre sur ce point.

(L'amendement n° 578 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 367.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement tend à inscrire le secteur optionnel dans la loi. Nous avons discuté à de nombreuses reprises de la nécessité de permettre l'accès à des soins remboursables, qui demeure un problème majeur. Grâce à un amendement, dont j'étais cosignataire et qui fixait une date butoir au 15 octobre, un protocole d'accord concernant le secteur optionnel, qui était en discussion depuis 2004, vient d'être signé. Mais le problème se pose maintenant de savoir à quelle date il sera mis en œuvre. En effet, la convention a été dénoncée et on ignore quand la nouvelle sera effective. Il est question tantôt du mois de février, tantôt de l'année prochaine. On évoque également l'hypothèse de nouvelles élections. Il n'est donc pas du tout certain que le secteur optionnel soit mis en œuvre avant de nombreux mois.

Cet amendement a le même objectif que celui que j'avais cosigné avec Yves Bur et Jean-Pierre Door au printemps dernier, puisqu'il offre au ministre la possibilité de préciser par décret les modalités du secteur optionnel, au cas où la convention traînerait.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable.

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

Mme Catherine Génisson. Nous ne voterons pas l'amendement de M. Prével. Au demeurant, nous avons quelques doutes quant à la mise en œuvre du secteur optionnel. Je me contenterai de rappeler, à ce propos, le lapsus, dont j'ignore s'il est significatif, du président d'un syndicat médical que nous connaissons bien et qui a déclaré que tout le monde allait maintenant passer en secteur 2...

M. Jean Mallot. C'est un lapsus sarkozyen !

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

M. Jacques Domergue. Le secteur optionnel ne signifie pas le passage en secteur 2 pour tout le monde.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas moi qui le dis !

M. Jacques Domergue. Il a vocation à résoudre un problème que rencontrent nos concitoyens et les professionnels de santé. Pour les spécialités concernées, c'est-à-dire celles qui utilisent des plateaux techniques, l'objectif est de remédier à la sous-valorisation des actes réalisés, laquelle donne lieu à des dépassements d'honoraires.

M. Prével a à la fois tort et raison. Nous avons voté, dans la loi HPST, une chronologie des événements qu'il faut respecter. Au reste, il n'y a pas lieu de se précipiter pour mettre en œuvre le secteur optionnel, dans la mesure où les syndicats médicaux qui sont amenés à en discuter ne sont pas les plus représentatifs. Là réside la difficulté. Il faut procéder

d'abord à des élections professionnelles. En effet, si on laisse les syndicats médicaux en place discuter du secteur optionnel, on s'expose à des déconvenues, puisque les organisations majoritaires, qui étaient contre au départ, sont pour aujourd'hui et voudraient l'étendre à toutes les spécialités,...

M. Yves Bur, rapporteur. Et à la médecine générale!

M. Jacques Domergue. ...ce qui est contraire à l'esprit de la loi.

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

M. Jean-Luc Prével. Madame la ministre, monsieur le rapporteur, je suis très déçu par votre non-réponse. La question que je pose est celle de savoir à quelle date la convention sera mise en œuvre et dans quels délais le secteur optionnel sera effectif. Madame la ministre, êtes-vous favorable au secteur optionnel? La convention ira-t-elle à son terme? Allez-vous demander de nouvelles élections avant la nouvelle convention?

(L'amendement n° 367 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 561.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. J'étais là hier soir, je suis d'ailleurs présent depuis le début des débats, mais je n'ai toujours pas compris à quelle date la convention serait effective. Je suis très heureux de savoir que Jean-Pierre Door est au courant, il est simplement dommage qu'il soit le seul et je ne suis pas sûr que ni la représentation nationale, ni les syndicats, ni les professionnels aient été informés sur ce point. M. Guy Lefrand, lui, est certainement au courant, puisqu'il vote toujours sans état d'âme, conformément à ce qu'on lui a dit de faire – c'est bien normal quand on est à l'UMP.

M. Guy Lefrand. Allons!

M. Jean-Luc Prével. J'en viens à l'amendement n° 561.

Comme vous le savez, une mesure conventionnelle ne peut entrer en vigueur que six mois après la signature de la convention qui l'a prévue. Ce délai de six mois me paraît tout à fait inopportun: si l'on fait confiance aux signataires, il n'y a aucune raison pour que l'accord ne s'applique pas immédiatement après avoir été conclu. Quand on signe un contrat avec un assureur, il s'applique immédiatement, et non six mois plus tard.

M. Jacques Domergue. Il peut produire ses effets six mois plus tard, du moment que cette disposition est écrite!

M. Jean-Luc Prével. Il est donc proposé de supprimer la période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'avais le sentiment d'avoir déjà fourni des explications complètes sur la question de la convention... Je répète qu'il n'a pas été signé, par le protocole du 15 octobre, un avenant à la convention, mais bien un protocole à part entière, dont l'intitulé indique d'ailleurs que des progrès restent à accomplir dans ce domaine et que nous devons constater un certain nombre de mouvements, en particulier entre le secteur 2 et le secteur optionnel. Il ne s'agit pas, en effet, que les mouvements s'effectuent d'une façon contraire aux intérêts des assurés. Certains points doivent également être réglés, notam-

ment la participation des organismes complémentaires à la prise en charge des dépassements d'honoraires dans le secteur optionnel.

Lorsque tout aura été finalisé, nous constaterons l'avancement des travaux. Je peux vous assurer que je fais procéder à une appréciation qualitative extrêmement précise, pour ne pas dire pointilleuse. Il peut toujours y avoir un accord qui convienne à la fois aux assurés, ce qui est le plus important...

M. Jean Mallot. Oui, il ne faut pas les oublier!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...et à la ministre de la santé que je suis, garante d'un bon accès aux soins.

Cela pourra être réglé à tout moment, dans le cadre de la convention actuelle, au moment du règlement arbitral, ou dans le cadre de la nouvelle convention, qui prendra effet après les élections que je souhaite voir se dérouler, comme je l'ai dit hier, au cours de l'année 2010. En tout état de cause, cette question devra être réglée avant la fin de l'année 2010 et se coordonner avec le calendrier que je viens d'évoquer.

(L'amendement n° 561, repoussé par la commission et par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 369.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Même si je ne suis pas personnellement concerné, l'amendement n° 369, relatif à la chirurgie de la cataracte, me tient à cœur.

Comme chacun le sait, alors que l'opération de la cataracte a longtemps été une intervention nécessitant une surveillance importante, on assiste depuis quelques années, dans la plupart des pays, au développement de la chirurgie de la cataracte en cabinet libéral, sous anesthésie locale obtenue au moyen d'un collyre.

Il m'a été indiqué l'année dernière que la mortalité survenue lors des interventions pratiquées à l'étranger en cabinet était dix fois supérieure à celle résultant des opérations dans un cadre hospitalier. Je serais très intéressé de connaître le taux de mortalité par la cataracte en France aujourd'hui, mais j'ai tendance à penser qu'il est proche de zéro.

Il est prévu cette année un ONDAM à 2,8 %. Pour le respecter, la CNAM a proposé un certain nombre de mesures d'économie, de l'ordre de 2,2 milliards d'euros. Parmi ces mesures, figure le développement de la chirurgie locale en cabinet, pratiquée dans le respect des modalités figurant dans un cahier des charges. Madame la ministre, je ne vous ai pas entendu préciser si vous preniez ou non en compte cette proposition de la caisse d'assurance maladie. L'amendement n° 369 permettrait à notre pays de s'aligner sur ce qui se fait ailleurs, en maintenant un taux de prise en charge tout à fait satisfaisant.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. Comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire, monsieur Prével, ce n'est pas à l'UNCAM d'autoriser les modes de prise en charge pour garantir la qualité des soins, mais plutôt à la Haute autorité des soins. Cela étant, je partage votre orientation, et nous avons déposé un amendement n° 31 – que vous avez cosigné – visant à autoriser des expérimenta-

tions sous l'aval de la Haute autorité de santé dans le domaine de la chirurgie ambulatoire, qu'il s'agisse de l'opération de la cataracte ou d'autres interventions.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Un seul critère compte dans ce domaine : la sécurité des malades. Mes services viennent de transmettre au Conseil d'État des projets de décret visant à autoriser l'activité de chirurgie ambulatoire au sein des centres autonomes de santé, qui sont des établissements spécialisés dans la chirurgie ambulatoire. Cette autorisation sera rigoureusement encadrée et soumise à un certain nombre de conditions. Ces centres constitueront un outil de plus, à côté des outils tarifaires et organisationnels, pour amplifier le développement de la chirurgie ambulatoire. Je ne souhaite pas, pour l'instant, aller au-delà, même sous forme expérimentale, le développement de la chirurgie ambulatoire dans les cabinets libéraux appelant, de ma part, des réserves – que je ne demande qu'à lever si des études compliantes me le permettent.

Des travaux de la Haute autorité de santé sont actuellement en cours, mais les études internationales dont je dispose pour le moment sont relativement préoccupantes. Selon certaines d'entre elles, des événements indésirables sont survenus à un taux de 66 pour 100 000 en chirurgie de cabinet contre 5,3 pour 100 000 en chirurgie ambulatoire. Le taux de mortalité a été de 9,2 pour 100 000 interventions en cabinet, contre 0,78 en centre de chirurgie ambulatoire. Il y aurait donc une multiplication du risque par dix lorsque la chirurgie est pratiquée en cabinet ! Certes, ces études demandent à être confrontées et analysées, mais au vu des éléments qui se trouvent actuellement à ma disposition, il me semble préférable d'en rester là.

Par ailleurs, au-delà des arguments médicaux, cette proposition n'irait pas dans le sens de l'optimisation des plateaux techniques, tant au niveau des professionnels de santé médicaux et paramédicaux que des équipements qui seraient, de ce fait, dispersés dans les différents cabinets de ville.

M. le président. La parole est à M. Christian Hutin.

M. Christian Hutin. L'amendement de M. Prél me paraît extrêmement intéressant. Indépendamment des questions de coût, il soulève un problème essentiel, celui de la possibilité d'accès aux soins d'ophtalmologie. Savez-vous, madame la ministre, que dans ma circonscription du Nord, il faut un délai de huit mois avant d'obtenir un rendez-vous en ophtalmologie ?

M. Patrick Roy. Si c'est urgent !

M. Christian Hutin. Si c'est urgent, effectivement. Ceux qui ont les moyens peuvent prendre l'avion pour la Côte d'Azur, où le délai n'est que de huit jours – j'imagine qu'à Paris, c'est tout aussi rapide. Il faudrait, me semble-t-il, que nous nous penchions rapidement sur ce problème.

Nous sommes un certain nombre à estimer que l'amendement de M. Prél est intéressant, et pour ma part je le voterai.

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

M. Jacques Domergue. En évoquant l'ophtalmologie, vous soulevez une vraie question, mais n'apportez pas la bonne réponse.

Le problème de l'ophtalmologie n'est pas uniquement lié à la présence de spécialistes de cette discipline. Aujourd'hui, le transfert de certaines tâches vers des chirurgiens ophtalmologistes ne leur permet pas de consacrer leur principale activité à leur vrai métier. Tant que l'on ne réglera pas ce problème en transférant ces tâches vers les optométristes et les orthoptistes, on ne réglera pas le problème de l'ophtalmologie en France. Ce n'est pas que l'on manque de praticiens dans cette spécialité, mais simplement que certaines activités doivent être attribuées à d'autres spécialistes intervenant de façon complémentaire.

M. le président. La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cher Jean-Luc Prél, les conclusions de la Haute autorité de santé, qui pourraient m'amener à revenir sur ces dispositions, sont attendues pour avril 2010 au plus tard. Si ces conclusions vont dans le sens que vous souhaitez, il va de soi que je réviserai mon avis.

(L'amendement n° 369 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 380 rectifié.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement va vous en rappeler un autre, déposé par notre collègue Frédéric Lefebvre, qui avait fait l'objet d'un débat l'année dernière.

M. Roland Muzeau. Nous n'avons pas oublié !

M. Dominique Tian. L'idée de Frédéric Lefebvre me paraissait excellente.

Certains salariés en arrêt de travail souhaitent continuer à travailler à partir de leur domicile, grâce aux moyens modernes de télécommunication que sont les ordinateurs portables, le BlackBerry, etc. Il convient évidemment que ces salariés soient volontaires, que leur chef d'entreprise l'accepte, et que le médecin ait donné son accord – les femmes enceintes et un certain nombre d'autres catégories de travailleurs étant toutefois exclus de ce dispositif.

Cette mesure moderne et de bon sens, qui ne nécessiterait qu'une modification du droit du travail, permettrait à la sécurité sociale de réaliser facilement des économies et offrirait aux entreprises la possibilité précieuse de pouvoir garder un collaborateur à disposition.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le télétravail est effectivement en plein développement. S'il peut constituer un mode de travail alternatif, il ne me paraît pas opportun qu'il s'applique aux salariés en arrêt de travail. Il faudra encore des débats et des réflexions sur cette question, mais en l'état actuel, la commission est défavorable à cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Comme son nom l'indique, le télétravail est un travail. Or, si le médecin a prescrit un arrêt de travail, c'est parce qu'il estime que la cessation du travail est absolument indispensable au retour à un état de bonne santé.

M. Christian Hutin. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. On parle de volontariat, mais chacun sait très bien que dans une entreprise, le volontariat est une notion très difficile à apprécier...

M. Christian Hutin et **M. Jean Mallot**. Bravo, madame la ministre !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ...et que dans le contexte d'un marché du travail extrêmement tendu, il existe toutes sortes de moyens pour faire pression sur le salarié. Ce qui compte, c'est la protection du salarié pendant son arrêt maladie, afin de lui permettre de retrouver un bon état de santé. Je ne suis donc pas favorable à l'amendement déposé par M. Tian. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC, du groupe GDR et sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

M. Jean Mallot. Très bien !

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

Mme Michèle Delaunay. J'ai une idée à soumettre à M. Tian : puisqu'il est féru de modernisme, pourquoi ne pas équiper les chambres d'hôpital de connexions wi-fi, afin que les patients puissent pratiquer le télétravail depuis leur lit ?

M. Patrick Roy. Même le dimanche !

Mme Michèle Delaunay. Bien sûr ! Il y aurait, à mon avis, énormément d'économies à réaliser en permettant cette innovation. Je vous propose, monsieur Tian, que nous constituions un groupe de travail sur cette question – à bien y réfléchir, même les blocs opératoires pourraient sans doute être équipés. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Roland Muzeau. Mme Bachelot m'a coupé l'herbe sous le pied en s'exprimant remarquablement comme elle l'a fait. Il y a peu de choses à ajouter à ses propos, sinon que je pensais naïvement que nous étions débarrassés de M. Lefebvre et de ses propositions provocatrices – mais qui ne sont pas pure provocation : elles sont sous-tendues par l'espoir que nourrit l'UMP de pouvoir attaquer toujours plus le droit du travail.

Nous avons vu passer ces derniers mois toute une série de textes qui portaient l'empreinte de M. Lefebvre et de certains de ses collègues. M. Tian est un fervent défenseur de ses théories, puisqu'il est en relation permanente avec le MEDEF et ses officines, et ses amendements portent très souvent l'*imprimatur* de l'organisation de Mme Parisot.

Mme Marie-Christine Dalloz. Vous êtes vous-même en relation permanente avec la CGT !

M. Roland Muzeau. Nous allons désormais pouvoir bénéficier de notes d'avocat, puisque M. Lefebvre exerce maintenant ce métier et pourra donc mettre ses talents de pourfendeur du droit du travail au service de vos amendements futurs.

Quoi qu'il en soit, je suis satisfait de l'intervention de Mme Bachelot.

M. le président. La parole est à Mme Edwige Antier.

Mme Edwige Antier. Je voudrais simplement dire à mon collègue et ami Dominique Tian que, lorsqu'une femme enceinte est arrêtée pour sa grossesse, elle est en état de

réflexion psychique vers son bébé, dont elle prépare la venue, ce qui n'est pas forcément compatible avec le fait de travailler sur son ordinateur.

Et ce n'est pas parce qu'au sommet de l'État ou dans certaines professions libérales, comme chez les avocats, on donne le mauvais exemple qu'il faut négliger ce temps de préparation de la venue du bébé. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

(*L'amendement n° 380 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 200.

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur, *rapporteur*. Cet amendement n'est pas aussi provocateur que celui de M. Tian...

M. Roland Muzeau. Mais si ! Vous êtes tous des enfants de Lefebvre !

M. Yves Bur, *rapporteur*. Il tente de poser un vrai problème, celui de la multiplication, dans toutes les entreprises, petites ou grandes, et dans toutes les administrations, des courts arrêts de travail, notamment le vendredi et le lundi, ce qui est très difficile à contrôler.

Malgré le doublement du nombre de contrôles, qui ont atteint 1,5 million l'an dernier, nous constatons une augmentation du nombre d'arrêts de travail et des dépenses d'indemnités journalières, lesquelles se montent à quelque 8 milliards d'euros, ce qui n'est pas négligeable.

Mon amendement tend donc à instaurer, à côté des trois jours de carence qui existent déjà et peuvent être à la charge des employeurs, notamment dans le privé, un jour de carence – le premier – à la charge des salariés, ce qui en découragerait certains de recourir à ces brefs arrêts de travail qui ressemblent souvent à une commodité. Naturellement, ce jour de carence ne serait pas retenu en cas d'hospitalisation ou d'accident du travail, mais cela permettrait à l'assurance maladie de réaliser une petite économie.

M. Jacques Domergue. Combien ?

M. Yves Bur, *rapporteur*. Je voudrais également évoquer ici un autre problème dont nous n'avons pas encore discuté ici, car j'avais déposé un amendement touché par l'article 40, qui atteint même les rapporteurs...

M. Jean Mallot. Pas d'immunité !

M. Yves Bur, *rapporteur*. Il s'agit de la situation dans la fonction publique. Les trois fonctions publiques sont leur propre assureur maladie ; or il y règne également de très mauvaises habitudes. Dans une grande collectivité locale de mon département, on relève par exemple vingt-quatre jours d'absence par agent, et dans certaines administrations, les arrêts de travail sont pratiquement devenu un droit de tirage permanent.

Je crois donc, madame la ministre, qu'il faudra étudier la possibilité de recourir, au sein des trois fonctions publiques, aux mêmes contrôles que dans le secteur privé, afin de vérifier la légitimité des arrêts de travail, le plus simple étant sans doute de contractualiser avec l'assurance maladie.

Il n'y a aucune raison en effet que les fonctionnaires échappent aux contrôles, quand ceux-ci sont renforcés pour les salariés du secteur privé, sachant, je le rappelle, que la multi-

plication des arrêts de travail de courte durée désorganise les services et reporte la charge de travail sur ceux qui ne sont pas absents.

J'attends avec impatience de connaître l'avis du Gouvernement sur ces propositions.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La situation en matière d'arrêts de travail est profondément inégalitaire, puisque les trois jours de carence n'ouvrent pas droit à indemnité de la part de la sécurité sociale, mais sont néanmoins pris en charge dans de très nombreux cas par les employeurs. Nous devons réfléchir à cette inégalité entre les salariés.

D'autre part, c'est enfoncer des portes ouvertes que de constater que dans certains cas, certes non majoritaires, l'arrêt de travail peut ne pas être totalement justifié.

M. Roland Muzeau. Ce sont des cas ultra-minoritaires !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Vous proposez donc qu'avant le délai de carence de trois jours soit instauré un jour de carence supplémentaire d'ordre public, ce qui empêcherait sa prise en charge par l'assurance maladie, par les organismes complémentaires et même par l'employeur.

Je ne suis pas favorable à cette mesure : elle ne ferait qu'aggraver la situation des salariés les plus fragiles, ceux dont les trois jours de carence ne sont déjà pas pris en charge.

Mme Michèle Delaunay. Excellent !

Mme Martine Billard. Absolument !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les inégalités entre salariés, causées par la prise en charge ou non des trois jours de carence, posent néanmoins un vrai problème d'équité sociale, et je souhaiterais que ce débat soit l'occasion pour les partenaires sociaux de se saisir de ce dossier prioritaire.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a également étudié l'amendement de M. Bur, qui entend lutter contre les fraudes et les éventuels abus.

M. Roland Muzeau. Sauf en Alsace...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'exposé des motifs de son amendement se réfère au vendredi ou au lundi, mais on ne peut pas sélectionner tel ou tel jour, et la mesure doit concerner tous les arrêts de travail.

D'autre part, la caisse nationale d'assurance maladie réfléchit actuellement aux moyens de lutter contre les fraudes, notamment dans le domaine des accidents du travail. Attendons donc le résultat de cette expertise.

Enfin, je soutiendrai Mme la ministre sur l'idée qu'une concertation préalable réunissant les partenaires sociaux, le ministère du travail et le ministère de la santé, est souhaitable avant tout débat législatif. L'avis de la commission est donc défavorable.

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

M. Yves Bur, rapporteur. Compte tenu des explications données par la ministre, je retire mon amendement, qui n'avait rien de provocateur mais voulait juste soulever un problème, sur lequel, je l'espère, le débat ne fait que commencer.

M. Franck Gilard. C'est 1788 !

M. le président. L'amendement n° 200 est donc retiré.

M. Dominique Tian. Je souhaite le reprendre, monsieur le président !

M. le président. M. Tian ayant repris l'amendement, la parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Je ne suis pas souvent d'accord avec le Gouvernement, mais en l'occurrence j'approuve la ministre.

M. Dominique Tian. C'est inquiétant !

Mme Martine Billard. Il est incroyable, monsieur Tian, que, quand il s'agit de sauver les riches ou de taper sur les salariés, vous soyez toujours là !

Il existe encore de nombreuses branches dans lesquelles les trois jours de carence ne sont pas pris en charge par l'employeur, ce qui veut dire qu'avec votre proposition des salariés qui ont déjà de petits salaires et qui travaillent souvent à temps partiel vont perdre quatre jours de salaire. Or, lorsque vous êtes au SMIC à temps partiel, vous rendez-vous compte de ce que signifient à la fin du mois quatre jours non payés ? C'est une honte d'oser défendre ce genre de proposition !

Certes, certains médecins délivrent beaucoup d'arrêts de travail ; la sécurité sociale et les caisses le savent, et elles peuvent donc cibler ces abus, ce qui est plus juste que de s'en prendre aux salariés. On peut en effet tomber malade trois jours : en cas d'angine, on n'a pas forcément besoin de dix jours d'arrêt. Les trois jours d'arrêt sont donc parfois non seulement justifiés mais suffisants, et vous risquez au contraire, avec votre mesure, de provoquer des allongements de congés, car les gens voudront être pris en charge.

Il est donc scandaleux, monsieur Tian, que vous ayez repris cet amendement, et je répète que, pour une fois, je suis d'accord avec le Gouvernement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Issindou.

M. Michel Issindou. Je partage l'indignation de Mme Billard, et suis également d'accord avec la position courageuse de la ministre, pour la seconde fois dans la matinée.

En revanche, monsieur Bur, vous nous aviez habitués à beaucoup mieux, et il me semble qu'en l'occurrence vous avez mis le feu pour rien. Il y a dans vos propos des relents antifonctionnaires. Vous êtes courageux pour nettoyer les niches fiscales, mais sur cette affaire vous n'êtes pas très convaincant. Je n'ai d'ailleurs pas senti dans vos arguments beaucoup de conviction, et j'ignore ce qui vous a motivé.

Il existe, comme l'a dit Mme Billard, des moyens de lutter contre la fraude. Multipliez les contrôles, chassez les médecins indécents qui abusent des arrêts de travail, mais ne suspectez pas les salariés en arrêt maladie. Car ce n'est pas rien pour un smicard que de voir son salaire amputé de quatre jours, et il est des réflexes que nous ne devrions pas avoir. Cet amendement n'honore ni M. Bur, ni M. Tian qui le reprend. En revanche, c'est tout à l'honneur de Mme Bachelot – et je l'en remercie – d'avoir encore quelques bons réflexes.

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

M. Jacques Domergue. M. Bur a soulevé deux problèmes, le premier qui faisait l'objet même de son amendement, le second étant une extrapolation sur les fonctionnaires.

Concernant l'objet de son amendement, il est clair que, dans un pays où les TPE et les PME sont très nombreuses et où le délai de carence n'est souvent pas couvert par l'entreprise, il serait illusoire d'imaginer que l'on puisse encore alourdir la suspicion et le coût qui pèsent sur le salarié.

En revanche, je suis plus circonspect sur le second aspect. Ce délai de carence ne concerne pas la fonction publique ; or, aujourd'hui, certaines collectivités locales rencontrent de véritables difficultés de fonctionnement, en raison d'interruptions d'activité qui ne sont pas nécessairement liées à des maladies, mais à des extrapolations liées au fait qu'il n'y a pas de délai de carence.

M. Michel Issindou. C'est vous qui extrapolez ! C'est au médecin d'apprécier.

M. Jacques Domergue. Cette réflexion-là méritera d'être menée. Je le dis avec d'autant plus d'objectivité que je suis moi-même issu de la fonction publique.

(L'amendement n° 200 n'est pas adopté.)

M. Franck Gilard. C'est par discipline, pas par conviction !

M. le président. En application de l'article 95 du Règlement, le Gouvernement demande la réserve de la discussion des articles 38 à 49. La réserve est de droit.

Par conséquent, nous examinerons les articles 50 à 54 après la discussion des amendements portant article additionnel après l'article 37.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. C'est honteux.

Mme Marisol Touraine. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à Mme Marisol Touraine, pour un rappel au règlement.

Mme Marisol Touraine. La réserve est effectivement de droit. Nous prenons acte de la demande du Gouvernement, qui avait d'ailleurs demandé à l'opposition hier soir si cela poserait problème.

Nous avons répondu que nous étions nous-mêmes organisés : les parlementaires ne sont pas tous responsables des mêmes parties du texte.

Si je comprends parfaitement ce qui peut motiver la demande de M. Woerth – ce n'est pas le sujet –, la réflexion sur l'organisation des travaux sur un texte qui fait intervenir plusieurs ministres, à des moments différents, devrait, je crois, être menée plus en amont pour que tout le monde puisse s'organiser sur les mêmes bases.

Nous prenons donc acte du choix du Gouvernement. Mais, nous aussi, nous étions organisés.

M. Jean Mallot. Ça doit s'appeler la revalorisation du Parlement...

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales. Nous avons accepté.

Mme Marisol Touraine. Vous avez accepté !

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

M. Roland Muzeau. Mon rappel au règlement vise à compléter les propos de Marisol Touraine.

Une nouvelle fois, tout ce qui est relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sera relégué en fin de texte. Je le regrette profondément. C'est toujours comme ça : ce débat a lieu quand l'hémicycle a hâte que les discussions s'achèvent. Et je le déplore d'autant plus que, cette année, un certain nombre de sujets non négligeables sont en suspens, notamment sur l'amiante et les accidents du travail.

Ce n'est vraiment pas convenable !

M. le président. La parole est à Mme Marie-Françoise Clergeau, pour un rappel au règlement.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. En tant que rapporteure pour la branche famille, je voudrais interpeller mes collègues ici présents : tous les ans, cette branche passe en dernier dans la discussion.

Il faudrait, je crois, faire des suggestions afin d'inverser, ou tout au moins de faire varier l'ordre des discussions afin que la famille, qui est tout de même un élément important dans notre vie, puisse être traitée correctement.

Ces débats vont encore arriver en fin de séance, et nous n'aurons plus guère de temps pour nous exprimer. Ils seront bâclés. Cela montre tout l'intérêt que le Gouvernement porte à la famille !

M. le président. La parole est à Mme Edwige Antier, pour un rappel au règlement.

Mme Edwige Antier. Pour ma part, je pense que cette demande de réserve doit correspondre à une plus grande réflexion sur cet article 38, qui est d'une grande importance : il concerne en effet les retraites des mères de famille.

J'espère que nous avancerons sur cet article tout à fait fondamental.

Mme Marisol Touraine. On a déjà réfléchi, quand même !

Article 31

M. le président. La parole est à M. Jean Mallot, premier inscrit sur l'article 31.

M. Jean Mallot. L'article 31 traite d'un sujet dont je ne suis pas spécialiste, à savoir la régulation des dépenses de transport sanitaire : je vais donc m'en tenir à quelques idées simples.

Tout d'abord, je constate que cet article vise à prendre un compte un rythme très important de progression des dépenses de transport de malades : il est de 8 % d'augmentation par an en moyenne au cours de la dernière décennie. Cette augmentation s'explique, certes, par le développement des soins ambulatoires et l'augmentation des maladies chroniques.

Mais j'observe d'abord que ce sera bien pire lorsque la loi Hôpital, patients, santé, territoire entrera en application : avec le regroupement des établissements hospitaliers et la fermeture de certains, il faudra transporter de plus en plus de malades.

J'observe ensuite qu'avant même d'avoir trouvé des solutions à cette situation, le Gouvernement avance des mesures de sanctions financières contre les établissements : les Agences régionales de santé pourraient conclure des contrats avec les établissements de santé dont les prescriptions de transport sanitaire ne seraient pas maîtrisées ; en cas de refus de l'établissement, l'ARS pourrait lui enjoindre de reverser à l'assurance maladie une fraction du montant de ces dépenses de transport liées aux prescriptions des médecins qui y exercent une activité, dans la limite de 10 %.

Afin d'appliquer ce mécanisme de sanction, le texte prévoit la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses de transport des établissements, qui servirait de base à la sanction. Mais quel taux ? Comment justifier l'uniformité de ce taux sur la France entière ? On sait bien que les situations sont diverses.

Ma dernière observation accroît notre inquiétude devant cet article que nous voudrions voir supprimer : à la page 93 de la fiche d'évaluation préalable – ce document auquel je me réfère depuis plusieurs jours, et qui se révèle une source potentielle d'argumentaires particulièrement riche, même s'il y a beaucoup de progrès à faire – le Gouvernement donne des précisions sur le projet de loi : « l'objectif de ce plan serait de revenir à une progression tendancielle des dépenses de transport de 5,7 % en 2009, 4 % en 2010, 3 % en 2011 ». Cela représenterait une économie potentielle, par rapport à la tendance actuelle – dont je rappelle que qu'elle est, sur les dix dernières années, de 8 % par an en moyenne –, de près de 150 millions d'euros.

Cet objectif est, on le voit, plus qu'ambitieux ; et il y a derrière cela une méthode qui n'est pas acceptable.

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

Mme Marisol Touraine. Jean Mallot a très bien exprimé notre position et notre inquiétude.

Pour des raisons que je ne comprends pas complètement, l'amendement de suppression de l'article que nous avons déposé ne pourra pas être défendu.

Nous souhaitons en effet supprimer cet article, qui nous paraît poser problème, pour les raisons évoquées. Pour nous, ce sont les Agences régionales de santé qui devraient se saisir de l'organisation des transports sanitaires. L'inflation des dépenses de transport sanitaire doit trouver une réponse et, manifestement, un certain nombre de difficultés se posent. Néanmoins, on ne peut pas faire comme si un grand nombre des patients pris en charge n'avaient pas besoin de ces transports : pénaliser d'emblée les établissements en leur imposant la prise en charge de ces prescriptions sur leur budget nous semble une évolution préoccupante.

Pour répondre à l'objectif de régulation, tout en respectant les besoins des établissements, il nous semble qu'une structure pourrait être mise en place au niveau des ARS. Elle permettrait de proposer à chaque patient le type de transport sanitaire dont il aurait besoin, et dont il ne pourrait pas s'échapper. Il n'y a pas à aller faire son marché en la matière, et il faut réguler l'offre ; mais il faut que l'offre existe.

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

Mme Catherine Génisson. Personne, je crois, ne conteste la nécessité de réguler les transports sanitaires, ni l'existence de quelques excès en la matière. Sans doute cela devrait-il relever des ARS. Je voudrais cependant rappeler qu'il existe en la matière de nombreuses structures de régulation. En commission, j'ai mentionné les SAMU, qui fonctionnent avec les centres « 15 », ces derniers s'occupant plutôt de l'activité libérale. La régulation des transports sanitaires fait partie de leur mission.

J'évoquais hier la nécessité d'un référentiel pour la régulation des appels médicaux pour la permanence des soins. Il y a manifestement, je peux vous le dire, un excès de recours aux transports ambulanciers pour le patient qui doit aller de chez lui à l'hôpital : c'est trop souvent la réponse que certains médecins apportent pour assurer la permanence des soins.

Il existe aussi un problème à l'intérieur des établissements de santé – même si je ne voudrais pas rouvrir un conflit larvé – entre les « blancs » et les « rouges ». Le coût du transport payé par les établissements de santé à nos collègues et amis sapeurs-pompiers est élevé – tout cela parce que nous avons beaucoup de mal à définir strictement le prompt secours. Malgré toutes les structures de régulation mises en place, nous avons beaucoup trop de dépôts d'ambulances de pompiers avant tout accord préalable entre les services départementaux d'incendie et de secours, les SDIS, et les SAMU. C'est un vrai problème.

À l'inverse, nous avons un secteur de transport ambulancier privé dispersé, qui a beaucoup de mal à assurer une offre cohérente, sur des territoires quelquefois éloignés, et une réponse rapide. Là aussi, il y a des dérives qui font que l'on a trop souvent recours, par nécessité, à nos collègues sapeurs-pompiers plutôt qu'au secteur privé.

Pour autant, il existe tout de même, je crois, beaucoup de structures, notamment les CODAMU – comités départementaux de l'aide médicale urgente – qui relèvent de la responsabilité des préfetures et qui sont là pour évaluer régulièrement le sujet des transports sanitaires.

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je voudrais m'arrêter un instant – mais nous y reviendrons aussi à l'article 33 – sur la situation du transport des personnes lourdement handicapées et de celles disposant d'une mobilité réduite.

L'article 31 mentionne en effet de « nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports ». Nous sommes évidemment favorables à une bonne régulation, mais celle-ci ne doit pas se faire au détriment de l'accompagnement des personnes qui n'ont pas d'autre solution que d'utiliser les transports sanitaires pour aller se faire soigner.

J'appelle donc l'attention de nos collègues sur le sujet : c'est un sujet sensible, qui n'a pas été réglé, et sur lequel j'aimerais que nous puissions avancer ce matin.

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

M. Patrick Roy. Je voudrais compléter les propos de Roland Muzeau sur la demande de réserve de certains articles par le Gouvernement : il s'offusquait du fait que, depuis quelques années – ce n'est pas un problème nouveau –, on traite des sujets aussi importants que les accidents du travail et maladies professionnelles, donc en particulier le sujet de l'amiante, en fin de séance. Je me permets de parler à sa place, si je trahis sa pensée, il démentira !

Je suis moi aussi assez courroucé, non pas parce que nous traitons de ces sujets-là à une heure avancée de la nuit et en fin de semaine, mais parce que cela a pour conséquence que de nombreux députés sont absents – on sait bien que plus la semaine avance, et moins nous sommes nombreux, car nous avons tous des obligations dans nos circonscriptions. Et puis nous ne sommes pas des surhommes : en fin de semaine, en fin de séance, parfois durant la nuit, nous sommes moins attentifs, moins réactifs. J'aimerais qu'on y réfléchisse.

Nous avons déjà soulevé cette question l'an dernier et je crois me souvenir que le Gouvernement ou les rapporteurs avaient reconnu qu'il serait peut-être bon de changer périodiquement l'ordre des parties – techniquement, cela doit être possible – pour qu'on puisse aborder des sujets aussi importants que ceux-là avec des participants plus nombreux et plus frais. Je me rappelle d'une intervention pour laquelle je sentais bien qu'il me fallait être extrêmement bref, parce que tout le monde était fatigué. Ces sujets méritent un peu de respect. J'espère que, l'an prochain, nous pourrions nous organiser différemment.

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

M. Jacques Domergue. Je voudrais rappeler, parce qu'on a tendance à l'oublier, que le transport médical est une prescription médicale. L'évolution des techniques médicales nécessite que nous adaptions les moyens de transport au type de séjour hospitalier et aux besoins réels du patient. Je pense, madame la ministre, qu'il serait utile de solliciter, encore plus que cela n'a été fait dans le passé, la Haute autorité de santé pour qu'elle mette en place des référentiels en fonction des pathologies et des traitements.

Aujourd'hui, trop souvent, surtout dans le milieu hospitalier public, nous devons signer des bons de transport *a posteriori* parce que nos concitoyens n'ont pas conscience que le transport est une prescription médicale, c'est-à-dire qu'il doit être prescrit avant que l'acte ne soit réalisé. Trop souvent, nous devons signer pour que les patients n'aient pas à prendre en charge des transports qui sont déjà effectués, et nous sommes en porte-à-faux face à des transporteurs qui, eux, répondent à la demande de nos concitoyens. Je crois qu'il y a des choses à faire dans ce domaine parce qu'il y a beaucoup d'argent à récupérer, sans pénaliser personne.

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

Mme Michèle Delaunay. Madame la ministre, je crois qu'une information systématique et détaillée devrait être délivrée à tout patient consultant sur les conditions très strictes du droit au transport et ses diverses modalités d'application. Trop de patients considèrent en effet que le seul fait d'avoir un rendez-vous à l'hôpital – qualifié parfois de « convocation » – donne droit à transport. Je sais bien que ce n'est pas le cas – je suis d'accord avec vous, monsieur Domergue – mais cette confusion existe.

Vous avez raison de rappeler, monsieur Domergue, qu'il s'agit d'une prescription médicale. Malheureusement, cette prescription peut être faite soit par le médecin traitant, soit par le médecin consultant de l'hôpital ou de l'établissement de santé, et les patients font pression, en disant que leur médecin a prescrit ou prescrira ce transport. Il faut parfois passer beaucoup de temps à expliquer. Si nous avions un document suffisamment indicatif à remettre systématiquement, cela nous aiderait.

Par ailleurs, les ambulanciers exercent eux-mêmes une pression considérable en venant chercher les patients avant qu'il n'y ait la prescription. Ils demandent aux patients la date de leur prochain rendez-vous pour proposer leurs services. La prescription n'est pas encore établie, mais ils savent, comme l'a dit M. Domergue, que nous serons obligés de la signer parce qu'il y a de pauvres gens qui ne peuvent pas assumer un transport médical, même si celui-ci n'était pas souhaité par le médecin. Il y a donc beaucoup à faire dans ce domaine.

Un élément ne joue pas en faveur de l'amélioration du système, je me permets de l'indiquer même si, malheureusement, nous ne pouvons pas agir sur lui dans cette enceinte, ce sont les nouveaux aménagements des villes. Nombre d'hôpitaux ou de conglomerats hospitaliers sont situés à l'intérieur des villes et les difficultés d'accès, notamment du fait d'un nombre croissant de zones piétonnes, incitent les personnes à demander ces transports. Je n'excuse pas cette attitude, madame la ministre, au contraire j'ai passé toute ma vie à me battre contre les excès en la matière – j'étais même quelquefois extrêmement choquée de la disparité entre un transport qui coûtait 300 euros et une consultation de spécialiste à 15 euros.

Nous devons être extrêmement fermes et les notes destinées aux professionnels ambulanciers et médicaux ainsi qu'aux patients doivent être rigoureusement formulées pour que nous puissions résister et agir dans le sens que vous nous demandez.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous allons évidemment envoyer très bientôt une circulaire aux établissements de santé pour rappeler certaines prescriptions et préconisations.

Le débat entre les « rouges et les blancs », pour reprendre une expression couramment employée, est maintenant clos. Des référentiels ont été établis. Beaucoup de mesures ont été prises.

Mme Catherine Génisson. Cela va mieux en effet, mais il reste encore des difficultés.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il reste encore des cadrages à faire mais je dois dire que l'établissement des référentiels a donné satisfaction à l'ensemble des parties. Quand nous avons commencé la négociation quadripartite avec Michèle Alliot-Marie, alors ministre de l'intérieur, les choses n'étaient pas évidentes. Chacun y a mis du sien. Les référentiels ont permis d'avancer, notamment sur la notion du départ réflexe. Tout cela va plutôt mieux.

La dérive des transports sanitaires est assurément préoccupante. Les agences régionales de santé sont bien entendu, madame Touraine, au cœur du dispositif proposé dans cet article, à travers deux démarches :

D'une part, la régulation. Cette démarche avait donné toute satisfaction quand nous avons abordé lors d'une précédente loi de financement de la sécurité sociale la question des médicaments de la liste en sus. Nous avons décidé de reprendre ce dispositif dans les conventions qui seront signées entre les agences régionales de santé, les caisses primaires d'assurance maladie et les établissements de santé. Nous voulons mener une démarche pro-active auprès des établissements qui ont beaucoup de prescriptions de transport sanitaire. La cause peut être la typologie des établissements. Nous prendrons cela en compte. Mais si nous voyons des

comportements déviants, nous aidons les établissements, en particulier par l'intermédiaire des agences régionales de santé, à revoir leurs prescriptions de transport sanitaire, à entrer eux aussi dans une démarche pro-active. Cela dit, en même temps que la carotte, nous manions le bâton : si nous voyons que les objectifs ne sont pas atteints à travers la démarche conventionnelle que nous leur proposons, nous leur demanderons de verser une contribution aux organismes locaux d'assurance maladie, qui ne pourrait pas dépasser 10 %.

D'autre part, nous lançons une démarche expérimentale. Celle-ci sera, dans un premier temps, menée par les missions régionales de santé en attendant que les agences régionales de santé soient mises en place ; puis celles-ci prendront le relais. Il s'agit d'établir des centres de régulation à partir d'établissements volontaires. Cette expérimentation sera ensuite étendue, toujours sous le contrôle des ARS.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de précision de la commission, n° 30.

(L'amendement n° 30, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 31, amendé, est adopté.)

M. le président. Nous en venons à une série d'amendements portant articles additionnels après l'article 31.

Après l'article 31

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 32.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'amendement n° 32 reprend une proposition des caisses d'assurance maladie et de certains services visant à développer la dialyse en ambulatoire, en particulier dans des centres autonomes.

Entre un service à domicile en auto-dialyse, un service en centre autonome ou en service hospitalier, le coût varie de un à quatre. Beaucoup plus de patients pourraient être traités à domicile ou dans des centres autonomes, avec des services adéquats. Cela permettrait une économie annuelle d'un minimum de 100 millions d'euros.

Le développement de ces activités à domicile se ferait sous le contrôle de la Haute autorité de santé, pour disposer des référentiels suivant l'état clinique des patients. Le recours à la dialyse à domicile varie d'une région à l'autre, alors que plusieurs pays étrangers la pratiquent de façon quasi systématique. L'amendement n° 32 permettrait d'encourager chez nous le développement de la dialyse à domicile.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je comprends la raison de cet amendement – le développement de la dialyse à domicile fait partie des objectifs que nous nous sommes fixés – mais je demanderai à M. Door de retirer son amendement car si on commence à entrer dans les listes de priorités, on complexifie le dispositif. Pour quelle raison traitons-nous plus particulièrement de la dialyse à domicile et pas d'autres priorités dans le cadre de ces dispositifs de schéma ? Je peux vous garantir que les besoins en dialyse feront partie du cahier des charges des SROS de troisième génération. Dans l'état actuel et sous bénéfice d'inventaire, il n'est pas utile de

l'ajouter au niveau législatif. Si néanmoins, après analyse de la situation, des mesures complémentaires étaient nécessaires, je veillerai à ce qu'elles soient prises.

M. le président. Monsieur le rapporteur, vous maintenez votre amendement ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je fais confiance à Mme la ministre et donc je retire l'amendement.

(L'amendement n° 32 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 406.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a offert aux médecins la possibilité de conclure avec les organismes locaux d'assurance maladie des contrats d'amélioration des pratiques. En contrepartie, les médecins bénéficiaient d'une part de rémunération forfaitaire.

Les auteurs avaient soutenu à l'époque l'introduction, à côté de la rémunération à l'acte, d'une forme de rémunération forfaitaire en fonction d'objectifs de santé publique et d'amélioration des pratiques.

La mise en œuvre de cette disposition s'est traduite par la création, en mars 2009, des contrats d'amélioration des pratiques individuelles, destinés principalement aux médecins généralistes.

L'ensemble du corps professionnel et des sociétés scientifiques a dénoncé la primauté accordée aux considérations d'ordre économique dans les référentiels élaborés par l'UNCAM, là où ne devraient exister que des motivations médicales et sanitaires. Or l'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale qui traite des CAPI n'évoque pas les référentiels.

Les précisions sur les référentiels sont données dans la décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés. Ce contrat précise que les objectifs fixés par la caisse primaire d'un médecin contractant tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute autorité de santé. Même si l'UNCAM tient compte de l'avis de la Haute autorité de santé concernant les objectifs, il semble dangereux pour la qualité des soins que ce soit le financeur, c'est-à-dire l'UNCAM, qui ait en dernier recours la haute main sur la définition des indicateurs.

Confier à la seule HAS la définition de la rédaction des indicateurs contribuerait, sans nul doute, à rassurer les praticiens et à assurer le plein succès des CAPI. Tel est l'objet de l'amendement n° 406.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Monsieur Muzeau, je ne comprends pas trop votre amendement. En effet, dans la pratique, les CAPI respectent déjà ce que vous préconisez puisqu'ils s'articulent autour des objectifs arrêtés par la loi de santé publique et des référentiels définis par la Haute autorité de santé.

Comme cela a été rappelé hier, les CAPI connaissent un grand succès : un médecin sur quatre participe aujourd'hui à cette démarche. Il faut conserver la plus grande souplesse possible au système. Je vous assure que ces contrats intègrent

déjà les référentiels définis par la Haute autorité de santé. Je souhaite donc le retrait de cet amendement, qui ne me paraît pas nécessaire.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis également défavorable à cet amendement, cher Roland Muzeau, car il serait bien dommage de se priver de l'avis ou des recommandations d'autres instituts ou agences. Nous sommes en train de mettre en place le Grenelle de l'environnement et il pourrait être intéressant de faire référence, dans un CAPI, à de bonnes pratiques environnementales qui seraient édictées par une agence environnementale. Pourquoi nous en priverions-nous ? C'est un exemple éclairant, mais j'aurais pu en prendre d'autres.

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

M. Roland Muzeau. Je le retire.

(L'amendement n° 406 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 405.

La parole est à M. Roland Muzeau.

M. Roland Muzeau. Cet amendement vise à obliger les caisses d'assurance maladie à transposer les dispositions contenues dans les conventions avec les professionnels libéraux aux centres de santé. Cette absence de transposition est l'une des difficultés auxquelles se heurtent les centres de santé, comme l'indique le rapport de Mme Dominique Acker sur la situation des centres de santé ainsi que la commission de suivi des rapports de l'IGAS à propos du rapport de cet organisme sur les centres de soins infirmiers.

Actuellement, rien n'oblige les caisses d'assurance maladie à discuter de la transposition de ces dispositifs avec les centres de santé bien que l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale stipule explicitement que l'accord conclu entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé détermine « les conditions générales d'application des conventions ».

Ainsi, depuis la promulgation de l'accord national des centres de santé en avril 2008, aucun dispositif conventionnel négocié avec les professionnels libéraux n'a été transposé aux centres de santé malgré les demandes répétées des représentants de ces derniers dans le cadre des instances paritaires conventionnelles. Je citerai, à titre d'exemple, la rémunération des médecins participant au dépistage du cancer colorectal, la mise à disposition des centres de santé des tests de diagnostic rapide des angines, la rémunération des praticiens participant à la permanence des soins, le bénéfice du forfait annuel de quarante euros alloué aux médecins traitants pour chacun de leur patient pris en charge au titre des affections de longue durée.

Les centres de santé et leurs professionnels de santé demeurent donc exclus du bénéfice de ces dispositifs dont nul ne nie l'intérêt pour leurs patients. Cet amendement vise à remédier à cette situation.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a donné un avis défavorable à cet amendement. Il faut tenir compte des spécificités de chaque cadre d'exercice – centres de santé ou

cabinets individuels. Une convention organise déjà les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie. Il ne faut pas rigidifier le dispositif.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je suis très attachée aux centres de santé, monsieur Muzeau, et votre amendement pourrait être extrêmement dangereux pour eux. En effet, si nous les faisons entrer dans la démarche conventionnelle, nous les priverions d'avantages et de forfaits dont ils bénéficient actuellement. Par exemple, le forfait médecin traitant est de 46 euros pour les centres de santé et de 40 euros pour les médecins libéraux. Avec votre amendement, vous mettez un terme à cette démarche qui est identique dans les centres de santé dentaire où le forfait de diagnostic est de 50 euros et celui de suivi de 30 euros. Dans les centres de santé infirmiers, les forfaits de prise en charge vont de un peu plus de 7 000 euros à 19 000 euros. Vous faites sauter ce dispositif, monsieur Muzeau, en taillant le même vêtement aux centres de santé alors que la démarche conventionnelle leur est plutôt favorable ! Méfiez-vous ! Sous bénéfice d'inventaire, je pense que vous retirerez votre amendement.

M. Roland Muzeau. Je le retire.

(L'amendement n° 405 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 31.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je retire cet amendement...

M. Patrick Roy. C'est un festival !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. ...dont M. Prél est cosignataire, puisque Mme la ministre nous a répondu tout à l'heure. Il s'agit des expérimentations de la chirurgie de cataracte ou d'autres exercices en milieu ambulatoire.

(L'amendement n° 31 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 92 rectifié.

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

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis des la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire. Au sein des dépenses de soins de ville, les dépenses de médicaments ont été maîtrisées en 2008, ce qui est extrêmement important. En revanche, les prescriptions de médicaments par des médecins hospitaliers exécutées en ville ont augmenté de 12 %.

Alors que la maîtrise des prescriptions par les médecins de ville a montré son efficacité, il s'agit de mieux encadrer les prescriptions à l'hôpital. Cet amendement, adopté par la commission des finances, vise donc à instaurer un dispositif similaire à celui que prévoit l'article 31 du PLFSS pour les transports sanitaires. Le but est d'améliorer la maîtrise des prescriptions issues de l'hôpital et exécutées en ville.

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

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. La commission des affaires sociales a suivi la commission des finances et sa rapporteure. Avis favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable.

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

Mme Catherine Génisson. Cette proposition est intéressante à condition de se demander pourquoi les prescriptions hospitalières ont augmenté de 12 %. L'une des raisons de cette augmentation n'est-elle pas la prescription de nouvelles thérapeutiques et de nouveaux médicaments particulièrement coûteux ? On peut évidemment imaginer une régulation, mais encore faut-il connaître les raisons d'une telle augmentation. Nombre d'établissements hospitaliers procèdent à des achats groupés, à la conclusion de marchés entre eux, et je suis étonnée qu'il n'y ait pas d'explication médicale à cette augmentation de 12 %.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure pour avis.

Mme Marie-Anne Montchamp, *rapporteure pour avis*. Il s'agit de dépenses exécutées en ville, madame Génisson.

Mme Catherine Génisson. Justement !

M. le président. Tout le monde avait parfaitement compris !
(*L'amendement n° 92 rectifié est adopté.*)

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

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires sociales*. Mes chers collègues, sur l'article 32 et après l'article 32, nous avons cinquante-quatre amendements à examiner. Pour la qualité et l'équilibre du débat, je fais appel à votre esprit de synthèse et vous demande d'éviter les répétitions. Moi aussi, j'aimerais parfois intervenir, mais j'évite de le faire dès lors qu'un collègue s'est exprimé, pour éviter de relancer le débat. Sinon, nous ne travaillerons pas dans de bonnes conditions. Je vous remercie d'avance. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Article 32

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 32.

La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Pour notre part, nous nous félicitons du report de la convergence tarifaire intersectorielle entre les établissements de santé publics et privés. Nous avons en effet toujours émis des doutes quant à la faisabilité de cette convergence. Nous tenons à rappeler qu'il n'existe pas d'étude importante sur la valorisation précise et transparente des missions des uns et des autres, que ce sont les hôpitaux publics qui assurent, de jour et de nuit, la permanence des soins sur l'ensemble du territoire et prennent en charge les pathologies les plus graves et les publics les plus en difficulté.

M. Jacques Domergue. C'est faux !

Mme Martine Billard. C'est pourquoi nous nous sommes toujours prononcés contre cette convergence. D'ailleurs, dans son dernier rapport, la Cour des comptes indique que, s'il est souhaitable que la convergence ne conduise pas les établissements à produire la même activité de soins, ce qui serait contraire aux besoins de la population, il est sans doute illusoire de penser que la convergence tarifaire peut se mettre en place. En effet, les coûts de production ne peuvent pas être les mêmes selon qu'une activité est centrale ou marginale. Nous avons donc déposé un amendement, qui sera examiné à la fin du texte, pour que la Cour des comptes puisse examiner les comptes des cliniques privées afin de pouvoir disposer d'une base objective de comparaison des coûts. Nous nous félicitons du report de la convergence, mais nous restons attentifs au fait que celle-ci ne soit pas mise en œuvre à la fin.

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

Mme Marisol Touraine. Étant opposés au principe même de la convergence, nous plaidons pour sa suppression. Néanmoins, nous nous réjouissons de son report à 2018, car 2018 c'est mieux que 2012 !

Cela dit, nous sommes préoccupés par le fait que l'article 32 prévoit l'entrée en vigueur, dès l'année prochaine, de certains éléments de la convergence tarifaire, ce qui satisfait l'hospitalisation privée, même si elle trouve que la démarche ne va pas assez loin, mais pose un réel problème de fond car il y a là une contradiction avec l'annonce du report.

Par ailleurs, il va falloir se donner les moyens d'apprécier la réalité des coûts dans les différents établissements. Le secteur privé dénonce la part des MIGAC et dit que cela avantage le secteur public. Or, selon le bilan réalisé par la Cour des comptes, c'est le secteur public lui-même qui a largement autofinancé ces MIGAC par une sous-revalorisation des autres tarifs. C'est ce qui a été mis en évidence dans le rapport remis pour 2009. Au fond, nous arrivons au bout d'un système de financement – nous pourrions tomber d'accord sur ce point – et le report de la convergence doit nous permettre de prendre le temps de réévaluer les mécanismes selon lesquels nous devons apprécier l'efficacité des établissements, car nous ne sommes pas, par principe, opposés à ce que l'on puisse évaluer l'efficacité des établissements.

La dotation globale a montré ses limites. La tarification à l'activité est peut-être aujourd'hui en train de montrer les siennes, puisque l'augmentation de l'activité se fait au détriment de la valorisation de l'acte effectué. Certains éléments montrent que le secteur privé ne prend pas en compte les coûts des professionnels, que la précarité reste une question centrale, que le spectre des pathologies prises en charge n'est pas intégré dans la valorisation des coûts. Or, nous savons bien que la nature de l'offre de soins ne peut rester sans influence sur le coût de la prise en charge. Il est donc temps de s'atteler à une véritable réforme de l'évaluation des coûts dans les établissements. En attendant, ne pénalisons pas les établissements publics !

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

M. Jean-Luc Prével. La convergence intersectorielle fait débat depuis de nombreuses années. La loi l'avait fixée à 2012 ; Mme la ministre a décidé cette année de la reporter à 2018 et nous demande de confirmer cette décision en votant l'article 32.

Le principe de la convergence est en théorie très simple, et nous ne pouvons qu'y souscrire. La tarification à l'activité consiste à financer les actes en fonction de groupes homogènes de séjour. Le financement étant assuré par la solidarité nationale, il est difficile de justifier les grandes différences de coûts d'un établissement à l'autre. Voilà pourquoi la convergence est prévue à l'intérieur de chaque secteur et entre les secteurs public et privé.

Cependant, d'importantes différences de statut et de rémunération expliquent en partie l'écart. Ainsi, les rémunérations et les honoraires ne sont pas intégrés dans les établissements privés. Les disparités en matière de statut du personnel expliquent la persistance d'un différentiel de rémunération qui atteindrait encore 15 à 20 %. La proportion de personnel qualifié varie elle aussi considérablement. Or, dans le budget de tous les établissements, le coût du personnel est d'environ 70 %.

Enfin et surtout, les patients ne seraient pas les mêmes d'un secteur à l'autre : les affections les plus graves, les pathologies complexes et associées, les problèmes sociaux seraient davantage soignés dans les hôpitaux publics. En outre, il faut reconnaître que l'organisation est elle aussi bien différente, moins onéreuse lorsque l'on pratique une chirurgie programmée que lorsque l'on doit bousculer le tableau opératoire en raison des urgences.

Tous ces arguments échangés depuis longtemps sont connus. S'il n'est sans doute pas souhaitable, comme l'a dit notre ministre de la santé, d'aboutir à un tarif unique, il est nécessaire d'évoluer vers la convergence, ce qui peut sans doute être tenté par le biais d'une expérimentation touchant certains groupes homogènes de malades. Cette évolution sera sans doute favorisée par le fait que tous les établissements privés devront endosser demain des missions de service public.

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

Mme Catherine Génisson. Sans reprendre les propos de Marisol Touraine, je veux prendre acte du fait que, comme Mme la ministre l'a dit à plusieurs reprises, la convergence tarifaire n'est pas l'égalité de tarifs. Cette précision est tout à fait fondamentale.

Quant à la tarification à l'activité, madame la ministre, vous avez instauré pour cette année un dispositif qui tient davantage compte de la précarité et de l'environnement social du patient. Mais, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes, les changements permanents de critères en la matière, s'ils permettent d'améliorer l'évaluation qualitative, compliquent paradoxalement les comparaisons ainsi que l'application de la tarification. Marisol Touraine a également souligné les difficultés à trouver des opérateurs propres à assurer l'égalité d'évaluation entre les deux secteurs quant à la forme, c'est-à-dire du point de vue de l'analyse.

Vous avez reporté à 2018 le principe de la convergence. Pour notre part, nous avons toujours considéré que ce débat était idéologique : l'exigence de comparaison entre les secteurs privé et public est légitime, mais c'est le terme même de convergence qui nous paraissait idéologique.

Quoi qu'il en soit, vous avez proposé d'instaurer la convergence dans le domaine de la chirurgie ambulatoire. Pourquoi pas ? Mais, en la matière, il existe de considérables différences entre secteur public et secteur privé : le premier est très en retard sur le second, d'abord parce qu'il a besoin de se moderniser, ensuite et surtout parce que l'environnement social et

familial des patients qu'il soigne n'est pas du tout comparable. Il est parfois difficile, même quand on le souhaite, de faire sortir de l'hôpital un malade dont on sait qu'il va se retrouver tout seul chez lui le soir.

Nous sommes beaucoup plus dubitatifs quant à l'application de la convergence non à un domaine d'activité, mais à une pathologie. En effet, Marisol Touraine l'a souligné, la prise en charge d'une pathologie s'inscrit dans le contexte du fonctionnement d'un service. Si l'on y ajoute la permanence de soins, la formation et la recherche, ainsi que le spectre du nombre de pathologies prises en charge, on aboutit à des résultats très différents, qui expliquent pour partie la disparité résiduelle de coûts entre le privé et le public. L'effet de gamme, en particulier, est un facteur essentiel dont il faut absolument tenir compte.

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Mes collègues l'ont dit, cet article nous inspire les plus grandes réserves : outre le report de 2012 à 2018 de l'achèvement de la convergence tarifaire des établissements de santé privés et publics, il prévoit la diminution de 150 millions d'euros de financements dédiés aux tarifs d'une dizaine de groupes homogènes de séjour et l'application de certains facteurs de rapprochement dès 2010.

Ces mesures contribueront à fragiliser encore davantage les établissements de santé déjà confrontés à des difficultés de financement. D'autres l'ont dit, nous constatons toujours le même travers : on ne prend jamais le temps d'évaluer l'existant avant d'entreprendre des réaménagements sans doute nécessaires.

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

M. Jean Mallot. Mon intervention s'inscrit dans le prolongement des précédentes.

Je signale tout d'abord que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale travaille depuis quelques semaines sur le fonctionnement de l'hôpital, et que nous ferons état de nos constatations au cours des semaines à venir.

Pour l'heure, s'agissant de la T2A, le Gouvernement et, plus généralement, la droite au pouvoir depuis 2002 et nous-mêmes ne nous comprenons pas, ou ne nous comprenons trop bien. Vous nous placez devant un choix difficile en matière de gestion de l'hôpital : soit l'on sait peu de chose et l'on s'en tient à des budgets globaux, selon le système antérieur ; soit l'on gère l'hôpital comme une entreprise privée, en se fixant un objectif de rentabilité, autrement dit de rémunération du capital. Chez vous, cette dernière option se traduit par une recherche d'économies à tout prix et par des coupes sombres.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Oh là là !

M. Jean Mallot. Il faut naturellement savoir comment les établissements sont gérés afin d'assurer le meilleur service public aux usagers, mais ce n'est pas ce que vous faites.

On constate tout d'abord, comme le montre le rapport de la Cour des comptes, l'absence d'un système de comptabilité analytique dans de nombreux établissements. On en sait peu sur leur gestion, et les systèmes sont défectueux. Or, vous le savez comme moi, l'article R. 6145-7 du code de la santé publique dispose que « l'ordonnateur tient une comptabilité

analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon une nomenclature fixée par arrêté ministériel ».

Quelles dispositions le ministère prend-il pour faire appliquer cette mesure et assurer l'existence d'un véritable système de comptabilité analytique dans tous les établissements? Cela nous permettrait d'apprécier leur gestion et, en fonction des objectifs que nous leur fixons – selon nous, mais pas toujours selon vous, le primat du service public –, d'établir des comparaisons, d'étayer nos argumentations et de doter enfin la fameuse T2A de fondements un peu plus solides.

Enfin, le terme de convergence est un mot terrible : dans le langage courant, il est presque synonyme d'identité. Ce n'est pas cette dernière que vous recherchez, du moins je l'espère ; mais il faudrait le dire clairement. À cette cohérence – plutôt que convergence – entre un établissement public et un établissement privé, il faudrait appliquer la formule « toutes choses égales par ailleurs ». Or on sait bien que cette formule ne pourra jamais valoir pour ces deux secteurs. La convergence ne sera donc jamais achevée ; il faut le dire une fois pour toutes, puis, une fois que nous disposerons des connaissances requises et que nous aurons clarifié nos objectifs, nous accorder sur un système conforme aux finalités du service public.

M. Michel Issindou. Très bien !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je souhaite répondre aux différents orateurs qui ont abordé la question de la convergence et de son corollaire, la tarification à l'activité.

Je ne suis pas d'accord pour dire que la convergence n'est pas un objectif nécessaire. Il s'agit au contraire d'une démarche éthique selon laquelle, toutes charges égales par ailleurs...

M. Jean Mallot. C'est bien le problème !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ..., les différents établissements doivent bénéficier du même financement, d'un établissement public à l'autre comme entre secteur public et secteur privé. Nous sommes responsables devant les assurés sociaux de l'absence de toute distorsion injustifiée.

Je le dis à chaque examen du PLFSS et je le répète : convergence ne signifie pas égalité tarifaire. Il faut donc chiffrer les prises en charge et les missions, en particulier de service public, qui justifient les écarts de tarification entre établissements. Je n'ai jamais dit autre chose.

Je le répète également, la convergence est une démarche éthique. C'est pour disposer du temps nécessaire aux études approfondies que requiert cette évolution que j'ai reporté son achèvement à 2018. En effet, personne ici ne souhaite revenir au système antérieur de dotation globale...

M. Jean Mallot. C'est ce que j'ai dit !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. On parle d'un autre système, mais lequel? Tout cela est bien vague. Certaines déclarations dans la presse l'ont encore montré ce matin. La dotation globale n'était rien d'autre qu'un système d'influence où, selon que l'on était bien en cour, on pouvait ou non aller négocier des augmentations dans le bureau du ministre de la santé, ce qui explique des distorsions absolument injustifiées entre établissements hospi-

taliers, y compris au sein même du secteur public. La tarification à l'activité a permis de rétablir la justice et de remédier aux inégalités qu'entraînait ce système très opaque. En disant cela, je ne stigmatise aucune sensibilité politique : ces dérives ont été largement partagées – dont acte.

Nous progressons désormais vers un système qui n'est pas parfait et qu'il faut sans cesse améliorer ; nous nous y employons. Il est du reste tout à fait normal que la tarification à l'activité évolue. Il s'agit là encore d'une question de justice : des baronnies tarifaires pourraient très vite se reconstituer. Les techniques permettent des gains de productivité dont la tarification à l'activité doit évidemment tenir compte.

La convergence est en cours depuis deux ans. Nous procédons par le biais d'études approfondies, menées en toute objectivité, et qui constituent le socle de notre démarche. Afin de mettre à profit l'expérimentation chère au président Méhaignerie, nous avons également décidé d'expérimenter des convergences ciblées sur un panel assez restreint, qui représente 150 millions d'euros de financements, soit une somme modeste au regard du budget des hôpitaux. Ce procédé montre bien les difficultés de la convergence. Mais cette démarche expérimentale ne saurait évidemment remettre en cause les études approfondies qui fondent notre approche. Telle est la démarche éthique à laquelle je me conforme en la matière.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 33.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement, adopté par la commission, prévoit des modalités de transition particulières pour trois établissements publics de santé situés en Guyane. Leur système d'informations a en effet pris beaucoup de retard et sera insuffisant pour permettre la mise en place de la convergence intrasectorielle prévue pour 2012 par la loi.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Favorable.

(L'amendement n° 33 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 230.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La suppression de la convergence intrasectorielle revient à abandonner la tarification à l'activité. Or tout le monde s'accorde à dire que celle-ci constitue une avancée considérable. Elle a permis de clarifier une situation opaque où personne ne savait qui faisait quoi et quels étaient les coûts.

Le mode de financement de l'hôpital est désormais précisé. Il faut continuer dans cette direction, car le report à 2018 n'est pas synonyme de gel, comme l'a souligné Mme la ministre. Pour avancer dans le calendrier, il nous faudra surmonter les quelques difficultés que les rapports d'Alain Coulomb et de la Cour des comptes ont identifiées.

Avis défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable.

J'ai bien indiqué quelle démarche sous-tendait la convergence : elle vise à rapprocher les tarifs, compte tenu des missions spécifiques de chaque établissement, dans un souci de justice et d'équité et, en aucun cas, à établir une égalité tarifaire.

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

Mme Marisol Touraine. La comparaison des tarifs doit, selon vous, être effectuée « toutes charges égales par ailleurs ». Or, au-delà même du débat sur le choix du mode de calcul de la tarification, nous pensons qu'il importe de prendre en compte la structure et la qualité des soins. Un acte ne relève pas de la même prise en charge selon qu'un établissement en pratique cent ou mille et qu'il offre ou non une grande diversité de soins.

(L'amendement n° 230, repoussé par la commission et Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 36, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 597.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement vise à avancer la date de remise au Parlement du rapport sur la tarification à l'activité. Il s'agirait de la fixer au 15 juin au lieu du 15 octobre, afin de pouvoir travailler sur ce document avant l'examen du PLFSS.

Par ailleurs, nous proposons que figurent dans ce rapport des éléments d'information sur la progression des diverses actions concourant à la mise en place de la convergence intersectorielle fixée à 2018. Un rapport plus détaillé nous permettrait de mieux savoir où nous en sommes.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 36 et soutenir le sous-amendement n° 597.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je comprends la volonté de Jean-Pierre Door d'avancer la date de remise du rapport annuel. Toutefois, plutôt que le 15 juin, je lui proposerai le 15 septembre pour une raison technique : mes services ne peuvent disposer au mois de juin des données consolidées qui relèvent de la campagne tarifaire, qui débute le 1^{er} mars.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Favorable.

(Le sous-amendement n° 597 est adopté.)

(L'amendement n° 36, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 374.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de

fiscalité, notamment locale. Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Aussi serait-il logique, dans un premier temps, d'avancer pour ce qui concerne les charges sociales et de compléter le dispositif en 2011 grâce à des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les écarts justifiés par des différences de nature des charges, qu'elle soient fiscales ou sociales, sont déjà pris en compte dans la loi. Le rapport d'Alain Coulomb a d'ailleurs souligné leur importance dans les difficultés de la mise en place de la convergence intersectorielle.

Par ailleurs, la prise en compte des écarts de coûts résultant des charges salariales et fiscales spécifiques au secteur privé non lucratif que vous évoquez compliquerait le processus de convergence car elle impliquerait de mettre en place une troisième échelle de coûts, outre celles existant pour le public et le privé.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La prise en compte du coût du travail et de la fiscalité est expressément comprise dans le programme de travail sur la convergence, comme le montre le rapport récemment remis au Parlement, que Jean-Luc Prél a certainement dû décortiquer. Nul besoin de modifier l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2004.

(L'amendement n° 374 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 440.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Dans la discussion générale, j'ai déjà exprimé le regret que le processus de convergence tarifaire ne soit pas accéléré car je considère qu'il représente une source d'économies extrêmement importante pour la sécurité sociale. Le report en 2018 ne nous paraît pas opportun.

Cet amendement est un amendement de repli, assez intéressant, me semble-t-il.

M. Michel Issindou. C'est vous qui le dites !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement a été rejeté. Nous avons déjà débattu de ce sujet en commission. Lors de son audition, Mme la ministre a confirmé que quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes seraient évaluées pour une économie estimée à 150 millions d'euros. Je ne mets pas en doute la parole de la République et je considère que plutôt que d'inscrire dans la loi ces rapprochements tarifaires, mieux vaut les mettre en œuvre et en analyser les effets.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai bien indiqué qu'une expérimentation menée sur une dizaine de groupes homogènes de malades nous permettra d'avoir une démarche ciblée en matière de convergence.

En tout état de cause, votre amendement pose des problèmes techniques, du fait notamment que les honoraires des praticiens ne sont pas inclus dans les tarifs. Rien que cela empêcherait l'application de la disposition que vous proposez.

Je le répète, convergence ne signifie pas égalité. Même à l'intérieur de ces dix GHM, dont la liste est en cours de constitution, il se pourra que le processus de convergence ciblée conduite à des différences de tarifs justifiées par des éléments objectifs.

Soyez certain, monsieur Tian, de ma détermination à poursuivre la démarche de convergence ciblée, qui repose, je le redis, sur la justice et non sur l'identité tarifaire, avec toutes les difficultés qu'elle implique. En attendant, je vous demanderai de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, monsieur Tian ?

M. Dominique Tian. Je le maintiens.
(*L'amendement n° 440 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 439.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il est nécessaire de poursuivre les études permettant d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence nouvellement définie, enveloppe provisoire, dont les ressources ont vocation à être transférées vers les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation.

Cet amendement propose une solution d'attente.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable à cet amendement, dont l'exposé sommaire ne correspond pas au texte.

Qu'il soit nécessaire de poursuivre les études ou d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence, nous en sommes bien d'accord. Mais votre amendement suppose que les problèmes liés à la convergence intersectorielle soient déjà résolus afin de mettre en œuvre une échelle comparative. Or ce n'est pas le cas. Nous devons attendre d'avoir les résultats des études et analyses en cours et à venir, en particulier s'agissant des comparaisons au sein des GHM, pour pouvoir élaborer une échelle commune de tarifs.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable.

Le périmètre tarifaire n'est pas identique. Les rémunérations des médecins ne sont en effet pas comprises, ce qui rend la mesure que vous proposez impossible à mettre en œuvre.

Elle aurait, par ailleurs, l'inconvénient d'aboutir à un retour en arrière puisqu'elle conduirait à établir un mécanisme de dotation alors que la rémunération à l'activité repose, par définition, sur l'activité réelle des établissements.

(*L'amendement n° 439 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 495.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Comme je l'ai déjà dit, la convergence intersectorielle est souhaitable à condition de prendre en compte tous les éléments.

Comme vous le savez, notre pays compte trois types d'établissements. Aussi faut-il parvenir à la convergence entre les trois. On ne peut pas laisser de côté les établissements participant à un service public, dont on a d'ailleurs récemment changé le nom.

Il serait intéressant qu'un programme précise la méthode et les étapes nécessaires permettant de réaliser la convergence intersectorielle. Ce programme permettrait de voir, chaque année, à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, quelles sont les évolutions. C'est que ce propose cet amendement.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement, qui est satisfait par l'amendement n° 36.

Les établissements privés à but non lucratif font actuellement l'objet d'une étude, notamment en ce qui concerne le coût des charges salariales. Il faut donc laisser du temps au temps pour avoir les analyses comparatives.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Bien entendu, les PSPH, devenus les ESPIC, ont bénéficié, comme les autres établissements, du report de la convergence. Le rapport sur la convergence qui est remis chaque année au Parlement et qui fixe le cheminement des travaux de la convergence jusqu'en 2018 est totalement transparent. Il n'est donc pas utile d'ajouter dans la loi un calendrier des travaux.

L'amendement de M. Prél étant satisfait, je lui demande donc de retirer son amendement.

M. le président. Monsieur Prél, retirez-vous cet amendement ?

M. Jean-Luc Prél. Oui, monsieur le président.
(*L'amendement n° 495 est retiré.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 402.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement est défendu.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cet amendement laisse supposer que les différences de tarifs entre le secteur public et le secteur privé sont dues uniquement à la différence de rémunération des praticiens. Or, bien évidemment, tel n'est pas le cas. Les différences de tarifs entre les établissements publics et les établissements privés sont plutôt dues à des charges de structures et au fait que les établissements publics assurent des missions de service public souvent profondément différentes des établissements privées.

M. Roland Muzeau. On ne cesse de vous le dire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Voilà pourquoi je suis défavorable à cet amendement.

M. Roland Muzeau. On ne cesse de vous le dire!
(*L'amendement n° 402 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 35 et 428.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 35.

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. Cet amendement a été adopté par la commission. Toutefois, à titre personnel, je n'y suis pas favorable. En effet, il ne me paraît pas utile d'ajouter dans le dispositif les coefficients d'aménagement du territoire, d'autant que le rapport que nous avons reçu sur la convergence apporte déjà des explications sur les différences territoriales.

Le président de la commission avait surtout souhaité alerter Mme la ministre en posant la question de l'isolement géographique de certains secteurs hospitaliers et il était impatient d'entendre ses explications sur l'aménagement géographique dans la tarification à l'activité.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 428.

M. Dominique Tian. J'ai un peu de mal à comprendre pourquoi M. Door est défavorable à cet amendement que la commission a par ailleurs adopté. En effet, tout le monde s'accorde à reconnaître que les établissements de santé situés dans les zones d'isolement sanitaire doivent pouvoir bénéficier de tarifs corrigés.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. La démarche visant à prendre en compte l'isolement géographique des établissements est parfaitement pertinente. Elle existe déjà dans les agences régionales de l'hospitalisation et cette mission sera reprise par les agences régionales de santé.

Actuellement, dans le cadre des crédits d'aide à la contractualisation, les ARH peuvent maintenir des établissements, par ailleurs déficitaires, parce qu'ils assurent une mission de desserte sanitaire de la population. Bien entendu, les ARS auront cette mission clairement identifiée, à la suite des ARH.

L'établissement de coefficients géographiques est une démarche trop lourde et trop mathématique pour tenir compte des évolutions démographiques et territoriales. Je préfère la démarche au plus près du terrain, telle qu'elle est menée actuellement par les ARH et telle qu'elle sera reprise, en la perfectionnant, par les ARS.

(*Les amendements identiques n° 35 et 428 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 426 et 493.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 426.

M. Dominique Tian. Cet amendement concerne d'autres types d'établissements, ceux qui n'ont pas les mêmes contraintes légales et sociales – je pense notamment aux établissements de la FEHAP – et qui ne peuvent donc pas être comparés à des établissements du public.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 493.

M. Jean-Luc Prével. Je le retire.
(*L'amendement n° 493 est retiré.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 426?

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. La commission l'a repoussé.

Mme la ministre vient de répondre sur ce sujet il y a quelques instants.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Effectivement, les explications que j'ai données il y a quelques minutes s'appliquent aussi à cet amendement.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émet un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Tian, maintenez-vous votre amendement?

M. Dominique Tian. Oui, monsieur le président.
(*L'amendement n° 426 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 34.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement de cohérence.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable.

(*L'amendement n° 34 est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 37.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. Il s'agit de rectifier une erreur matérielle.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Favorable.

(*L'amendement n° 37 est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 145 rectifié.

La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. La question est de savoir si nous voulons ou non mettre en place la convergence. En la matière, notre vision n'est pas du tout la même suivant le banc sur lequel nous siégeons. Et, parfois, j'ai du mal à suivre le discours de Mme la ministre sur la convergence intrasectorielle, intersectorielle.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Pas vous, monsieur Domergue!

M. Jacques Domergue. J'avoue ne pas toujours bien cerner vos propos.

On sait que les actes sont mieux rémunérés dans les établissements publics que privés – et c'est ce que défend systématiquement la gauche. Des études ont été réalisées, sur la base de la lourdeur des pathologies, afin de voir quelle était la différence entre les établissements publics et privés. Il s'avère que la différence est infime puisque 96 % des patients ont le même poids vis-à-vis du besoin, qu'ils entrent dans un établissement public ou privé. En termes de coûts, il devrait donc y avoir un rapprochement.

Le Premier président de la Cour des comptes, que nous avons auditionné, a bien précisé que seuls les établissements publics entraient dans le champ de contrôle de la Cour des comptes.

M. Roland Muzeau. C'est vrai!

M. Jacques Domergue. Les établissements privés n'y sont pas, alors qu'ils gèrent de l'argent public.

Les établissements privés sont demandeurs de la convergence car leurs tarifs sont inférieurs à ceux des établissements publics.

L'amendement n° 145 rectifié, qui propose que tous les établissements de santé, publics ou privés, soient inclus dans le champ de contrôle de la Cour des comptes, est extrêmement important. On le voit, la convergence est souhaitée sur tous ces bancs.

Si on inclut l'ensemble des établissements, publics et privés, qui tous participent à la mission de service public, dans le champ de contrôle de la Cour des comptes, l'évaluation de l'argent public sera incontestable.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le Premier président de la Cour des comptes, que nous avons interrogé, nous avait effectivement répondu qu'il ne pouvait pas contrôler les établissements privés. En revanche, il a la possibilité de donner un avis sur la convergence intersectorielle.

M. Jacques Domergue. Ce n'est pas suffisant!

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. On m'a répondu qu'une telle mesure nécessiterait une modification du code des juridictions financières, ce qui pourrait s'inscrire dans le cadre du projet de loi portant réforme des juridictions financières qui a été présenté en conseil des ministres il y a quelques jours et qui devrait être examiné l'année prochaine par le Parlement.

La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Comme vient de le dire excellemment Jean-Pierre Door, une telle mesure pose quelques problèmes. Mais je vois d'un bon œil le fait que l'on puisse étendre les pouvoirs de vérification de la Cour des comptes aux établissements privés.

Dès lors, il serait indispensable de modifier le code des juridictions financières. À cet égard, le texte qui vous sera bientôt présenté semble plus adapté que le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Toutefois, il s'agira de savoir si les établissements privés gèrent des fonds publics. Ils gèrent des fonds de l'assurance maladie, c'est-à-dire la rémunération apportée par les patients, qui sont eux-mêmes couverts par des mécanismes de protection sociale. Je ne sais pas si la notion de fonds publics est totalement juridiquement étayée.

M. le président. Monsieur Domergue, retirez-vous l'amendement n° 145 rectifié?

M. Jacques Domergue. Au vu des réponses qui m'ont été apportées, je le retire, tout en souhaitant que l'on étudie cette question dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme des juridictions financières.

M. Michel Issindou. Je le reprends!

M. le président. L'amendement n° 145 rectifié, retiré par son auteur, est repris par M. Issindou. Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Michel Issindou. C'est bien dommage que M. Domergue retire un bon amendement!

Au moment où l'on parle de convergence entre le public et le privé, il serait judicieux que la Cour des comptes, organe indépendant, donne son avis sur les établissements privés comme sur les établissements publics. Sinon, ce ne serait pas crédible. Au-delà des difficultés juridiques, que je ne sous-estime pas, Mme la ministre a beau nous dire qu'elle n'est pas sûre qu'il s'agisse de fonds publics,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je n'en suis pas sûre sur le plan juridique, en effet.

M. Michel Issindou. ...il est évident que, d'une manière ou d'une autre, il s'agit de fonds publics. N'ayons pas de réticence! Qu'il se pose un problème juridique, soit, que la mesure soit difficile à mettre en œuvre, soit, mais l'intention reste très bonne, et nous reprenons avec plaisir l'amendement que M. Domergue a eu la bonne idée de proposer.

(L'amendement n° 145 rectifié n'est pas adopté.)

Mme Michèle Delaunay. Vous auriez au moins pu vous abstenir de voter contre votre amendement, monsieur Domergue!

(L'article 32, amendé, est adopté.)

Après l'article 32

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 227 rectifié, 211 rectifié, 22 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 22 rectifié fait l'objet d'un sous-amendement n° 599.

La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. L'amendement n° 227 rectifié est défendu.

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

M. Yves Bur, rapporteur. L'amendement n° 211 rectifié est retiré.

L'amendement n° 22 rectifié de la commission des affaires sociales répond à un souci d'informer et de renforcer la transparence sur les honoraires des médecins, en particulier les dépassements. Nous avons l'an dernier rendu obligatoire le devis préalable.

M. Roland Muzeau. Scandaleux !

M. Yves Bur, rapporteur. Nous avons obligé les médecins à afficher leurs tarifs dans les salles d'attente.

M. Jean-Luc Prével. Et les prothèses dentaires ?

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement tend à ce que les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui exercent dans des établissements de santé soient publiés sur les sites informatiques de ces établissements, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés.

(L'amendement n° 211 rectifié est retiré.)

M. le président. Pourriez-vous, monsieur Bur, également présenter le sous-amendement n° 599 à l'amendement n° 22 rectifié ?

M. Yves Bur, rapporteur. Ce sous-amendement tend à supprimer la dernière phrase – « À leur demande, le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie les mêmes informations » –, pour ne pas mêler la CNAM à ce dispositif interne aux établissements.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a adopté l'amendement n° 22 rectifié et émet un avis favorable au sous-amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis que la commission.

(L'amendement n° 227 rectifié n'est pas adopté.)

(Le sous-amendement n° 599 est adopté.)

(L'amendement n° 22 rectifié, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 371 rectifié.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Face à l'impératif de maîtriser des dépenses hospitalières, une régulation par les prix, désormais au niveau national, dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute à une régulation par les volumes. Cette régulation repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application sur un dispositif dénommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins – OQOS » –, qui consiste à fixer à chaque établissement de santé dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Or, en dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que le dispositif des OQOS rencontre de grandes difficultés d'application. Les agences régionales de l'hospitalisation qui ont eu à le mettre en œuvre le reconnaissent aujourd'hui.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement. Il existe des objectifs qualifiés de l'offre de soins. Des incompréhensions demeurent puisque le dispositif a souvent été assimilé à une instauration de quotas alors qu'il s'agit en vérité d'un instrument de pilotage pour apporter des solutions aussi équitables que possible.

Si des pénalités sont encourues en cas de non-respect, elles ne sont jamais automatiques et elles font l'objet d'un débat contradictoire entre les établissements et l'agence régionale d'hospitalisation, plus tard avec l'agence régionale de santé. Il n'est donc pas question de réserver une situation particulière à ces établissements qui respectent les préconisations de la Haute autorité de santé, lesquelles s'imposent, par définition, à tous les établissements. C'est assez technique, je le reconnais.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous sommes au début de la démarche puisque ces OQOS ont été conclus dans le cadre des CPOM du 31 mars 2007, pour une durée de cinq ans. Laissons le processus vivre sa vie avant d'être évalué à son terme. Supprimer ces OQOS, dont je ne nie pas les défauts, nous priverait d'outils de régulation – vous ne proposez d'ailleurs pas de solution alternative. De grâce, maintenons ces outils, quitte à les améliorer. Ne les sabrons surtout pas au détour d'un amendement parlementaire, cher Jean-Luc Prével.

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

M. Jean-Luc Prével. Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 371 rectifié est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 441 et 537.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement n° 441 tend à modifier les règles applicables aux groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, car elles ne sont pas adaptées aux besoins des établissements de santé privés non lucratifs, qui, en l'absence d'une adaptation des règles actuelles, craignent, à juste titre, un arrêt de ces coopérations.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement qui vise à modifier le régime juridique des groupements de coopération sanitaire titulaires de ces autorisations d'activités de soins. Je crois que cette question relève davantage de la loi d'organisation du système de soins et sera à revoir ultérieurement avec les ARS.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'argumentation du rapporteur est excellente et je partage son avis.

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

M. Jean-Luc Prével. Je considère l'amendement n° 537 comme défendu.

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

M. Dominique Tian. J'aurais souhaité que M. le rapporteur nous dise lui-même qu'il y a un véritable souci juridique, qu'il convient de résoudre.

M. le président. Confessez-vous, monsieur le rapporteur. (*Sourires.*)

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce problème a été bien évidemment soulevé en commission, mais il sera étudié plus tard, avec les ARS.

(*Les amendements identiques n°s 441 et 537 ne sont pas adoptés.*)

M. Michel Issindou. L'histoire se répète.

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 38, 111, 153 et 517.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a adopté cet amendement cosigné par M. Prével, M. Bur et M. Leonetti. Suite au rapport de M. Gérard Larcher sur la réforme hospitalière, nous proposons que les établissements pratiquent une politique d'intéressement pour leurs personnels dès lors que des excédents sont dégagés et dans la limite de 10 % du montant total des salaires bruts.

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

M. Jean-Luc Prével. L'amendement n° 517 a été repris par la commission.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'un de vos collègues, M. Diefenbacher, est saisi d'un rapport sur l'intéressement collectif dans les trois fonctions publiques – fonction publique d'État, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière. Il serait dommage d'anticiper ses travaux et je vous propose d'attendre la remise de son rapport avant de statuer sur cet important sujet.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je ne retire pas l'amendement.

(*Les amendements identiques n°s 38, 111, 153 et 517 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n°442.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Les centres de santé doivent pouvoir être créés par tout type d'établissement de santé, quel que soit le statut. Ces centres garantissent une prise en charge aux tarifs conventionnels et sont donc un gage d'accès aux soins. Ils doivent donc voir leur développement sur le territoire promu, étant entendu que ce développement s'inscrit dans le cadre du schéma d'organisation des soins établi par l'agence régionale de santé.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement car cette question relève de la loi d'organisation du système de soins plutôt que du PLFSS. À titre personnel, j'y serais plutôt favorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Avis favorable.

(*L'amendement n° 442 est adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n°178 rectifié.

La parole est à Mme Edwige Antier.

Mme Edwige Antier. Cet amendement concerne les dispositifs médicaux que l'on implante dans les organes pour réparer leurs fonctions. Leur prix est aujourd'hui négocié uniquement dans le secteur public. Il convient que ces négociations impliquent les secteurs privés pour que leur prix soit mieux évalué et puisse baisser. Tous les patients pourraient ainsi y avoir accès.

Prenons l'exemple de l'incontinence urinaire des femmes. Un dispositif assez simple consiste à placer un élastique, comme je le vois souvent chez des femmes après l'accouchement, avec deux petits crochets. Il ne coûte que 150 euros environ, mais il ne tient pas très bien. L'on a alors imaginé de l'accrocher avec trois petits crochets, ce qui coûte à présent 400 euros, tout simplement faute de négociation qui impliquerait tous les corps de chirurgiens.

Madame la ministre, je vous demande d'insérer après l'article 32 l'article additionnel suivant : « Après le 1° de l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Répartir à égalité dans les trois secteurs des plateaux techniques concernés la responsabilité de l'évaluation des dispositifs médicaux pour ses recommandations ».

Mme Michèle Delaunay. Bravo !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement car cette question relève de la compétence de la Haute autorité de santé.

La Haute autorité de santé pourrait en effet étudier les références des différents dispositifs, mais il ne lui revient pas de proposer un régime juridique particulier pour les différents secteurs. Votre amendement, qui ne me paraît pas très clair, mériterait d'être amélioré.

Que la Haute autorité de santé donne des références sur les dispositifs médicaux, assurément, mais elle n'a pas à les répartir ensuite à égalité dans des secteurs différents.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Chère Edwige Antier, je me demande s'il n'y a pas confusion entre deux organismes : la Haute autorité de santé et la Commission d'évaluation des produits et prestations. La Haute autorité émet des préconisations qui valent pour l'ensemble des professionnels de santé, publics et privés. Vous voulez sans doute plutôt évoquer, quant à vous, la CEPP.

Ce point mérite d'être clarifié, ce pourquoi, en attendant, je vous suggère de retirer votre amendement.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, madame Antier ?

Mme Edwige Antier. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 178 rectifié est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 340 rectifié et 462, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n° 340 rectifié.

M. Jean-Luc Prével. Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé, il s'agit de proposer la possibilité de passer des conventions, un accord cadre entre l'État et l'assurance maladie.

En effet, le fait que les tarifs des séjours hospitaliers soient administrés n'est pas contesté car il revient à l'État et à l'assurance maladie d'assurer un équilibre entre les différents objectifs que sont la réponse aux besoins de soins de la population ou l'accès à des thérapeutiques et des techniques de soins nouvelles afin d'améliorer l'état de santé global de la population mais également la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui passe par une régulation.

Cependant, pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle pourrait être menée à l'instar de celle mise en place dans le domaine du médicament depuis 1994. Conclu entre les fédérations représentatives des établissements de santé, l'État et l'assurance maladie, l'accord aurait une durée de trois ans et pourrait être amendé par avenants.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 462.

M. Dominique Tian. Le dispositif proposé s'inspire de celui en vigueur dans le domaine du médicament. Il prévoit la possibilité de signer un accord cadre entre l'État, l'assurance maladie et les fédérations représentatives d'établissements pour mettre au point une régulation partagée. Ce dispositif, qui fonctionne bien par ailleurs, serait ici novateur et efficace.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a rejeté cette proposition de politique conventionnelle offrant la possibilité d'un accord cadre entre l'État, l'assurance maladie et les organisations les plus représentatives des établissements de santé.

Un tel dispositif paraît en effet difficile à gérer dans l'immédiat. On sait que des rapprochements sont réalisés entre les fédérations hospitalières, dans le secteur public comme dans le secteur privé, avec le représentant de l'État, l'ARH, plus tard l'ARS, afin de négocier les bonnes pratiques.

La commission a donc repoussé ces deux amendements.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Même avis, d'autant que nous avons créé un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, lieu de

concertation entre l'État, l'assurance maladie, les fédérations hospitalières. Or nous tenons le plus grand compte des travaux de cet organisme.

Il n'est pas question de ne pas traiter les problèmes économiques des différents secteurs sans qu'aient lieu au préalable ces échanges. La volonté de Dominique Tian que les acteurs dialoguent trouve là sa réponse.

(L'amendement n° 340 rectifié n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 462 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 40 et 516.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 40.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je souhaite que M. Prével ou M. Tian défende ces deux amendements identiques.

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

M. Jean-Luc Prével. L'amendement n° 40 a en effet été accepté par la commission, qui l'a fait sien.

Dans trois ans, les établissements de soins de suite et de réadaptation vont adopter une tarification à l'activité, à l'instar des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique. Il n'y aura alors qu'un objectif de dépenses unique pour les établissements de SSR, qu'ils soient publics ou privés. Il s'agit d'anticiper la séparation de l'objectif quantifié national des établissements privés qui assurent les activités de soins de suite et de réadaptation, et les activités de psychiatrie, afin, d'ores et déjà, de rendre visible et bien identifié l'impact des dépenses de chacun des secteurs, dépenses liées à l'évolution des prix d'une part et aux volumes d'autre part.

À terme, l'enveloppe psychiatrique publique et l'enveloppe privée devront constituer une enveloppe « Santé mentale et psychiatrie » identifiée dans l'ONDAM, au terme de l'application effective de la TAA pour les SSR et dans la perspective d'une TAA en psychiatrie.

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a adopté ces deux amendements identiques, qui visent à anticiper le passage de la TAA pour des activités comme la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation. Il s'agissait d'une demande très forte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. L'avis du Gouvernement est plus réservé. Bien sûr, il existe un OQN pour les deux secteurs, mais, au sein de l'OQN, le suivi est distinct entre le secteur psychiatrique et celui des soins de suite et de réadaptation. L'observatoire économique que j'évoquais à l'instant est précisément chargé du suivi différencié de l'OQN en matière de psychiatrie et de l'OQN SSR.

Si vous adoptiez cet amendement, vous exposeriez le secteur à un manque de souplesse et à une régulation prix-volume qui lui serait particulièrement préjudiciable. Je préconise donc d'en rester au système en vigueur.

(Les amendements identiques n°s 40 et 516 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 463 et 497.

La parole est à M. Dominique Tian, pour défendre l'amendement n^o 463.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour défendre l'amendement n^o 497.

M. Jean-Luc Prével. Il est défendu.

(Les amendements identiques n^{os} 463 et 497, repoussés par la commission et par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 233 et 404, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Marisol Touraine, pour défendre l'amendement n^o 233.

Mme Marisol Touraine. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Roland Muzeau, pour soutenir l'amendement n^o 404.

M. Roland Muzeau. Cet amendement vise à harmoniser les modalités de calcul des coûts de séjour entre les établissements publics et privés. Nous rappelons à cette occasion notre opposition totale à la T2A.

Vous avez pris acte des obstacles à une telle convergence puisqu'elle est renvoyée à 2018. Vous n'y renoncez cependant pas. Aussi cet amendement tend-il à ce qu'elle se réalise au moins à armes égales.

Dans les hôpitaux publics, le prix des actes effectués par les professionnels médicaux est intégré au coût dit global des séjours. Or ce n'est pas le cas des cliniques privées, qui, ne le prenant pas en compte, peuvent prétendre être plus compétitives que les hôpitaux publics.

Si vous laissez faire, madame la ministre, vous donnez l'avantage au secteur privé, ce qui non seulement est contraire à votre principe libéral de concurrence non-faussée, mais, surtout, pénalise l'hôpital public, dont vous devriez plutôt faire la promotion.

Pour comparer les établissements, il convient d'harmoniser les critères d'évaluation. C'est d'ailleurs l'une des préconisations de la Cour des comptes, qui, expliquant que l'administration avait introduit prématurément des changements sur les bases non-finalisées, recommande une réévaluation de l'objectif d'unification tarifaire intersectorielle « en tenant compte de la question toujours ouverte de la rémunération des actes des praticiens du secteur privé ».

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. D'abord, l'amendement remet complètement en cause le mode d'exercice des médecins libéraux dans les établissements de santé et leur mode de rémunération. C'est votre choix, non le nôtre pour l'instant.

M. Jean Mallot. Pour l'instant !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ensuite, pour ce qui concerne la convergence intersectorielle, il existe des analyses sur les causes de l'écart facial entre les tarifs publics

et les tarifs privés. Ces analyses tiennent compte des différences de prix, donc des honoraires qui s'ajoutent aux tarifs dans le secteur privé.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Défavorable. Je rappelle simplement à M. Muzeau que je considère l'hôpital public comme le vaisseau amiral du système de santé français.

M. Jean Mallot. Le « vaisseau amiral » !

M. Jacques Domergue. C'est plutôt le Titanic !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. La politique tarifaire et la politique budgétaire que je mène l'illustrent bien puisque, vous le savez, dans le cadre de la tarification à l'activité, la différence est de 27 % en faveur de l'hôpital public et que, dans le cadre de l'attribution des enveloppes budgétaires « Hôpital 2012 », 84 % de la première tranche de l'enveloppe budgétaire a été attribuée à l'hôpital public.

(L'amendement n^o 233 n'est pas adopté.)

(L'amendement n^o 404 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour soutenir l'amendement n^o 256 rectifié.

Mme Catherine Génisson. Comme les précédents, cet amendement propose d'affiner nos critères d'évaluation. Or l'on constate parfois que pour le même volume d'actes les environnements sont bien différents. Ainsi, la région du Nord-Pas-de-Calais se caractérise par une sous-consommation de soins qui n'empêche pas les tarifs de prise en charge de pathologies de diminuer au même niveau qu'une région plus riche dont la consommation reste supérieure à la moyenne nationale.

On appréhende toujours les organisations de notre système de santé en fonction de la production, de la consommation de soins alors que le premier élément à prendre en compte devrait être les besoins de soins – critère d'évaluation qui fait figure hélas de parent pauvre.

M. Jean Mallot. C'est vrai !

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

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement. Il serait très difficile de mettre en œuvre une telle disposition. Je rappelle que des coefficients géographiques sont déjà appliqués et répondent partiellement à votre demande. En outre, les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC, distribuent des aides à des établissements en fonction des difficultés de santé publique ou du niveau des recours de soins. Du reste, le dernier rapport sur les MIGAC, publié ces jours-ci, fait très bien apparaître les différenciations en fonction des secteurs dans l'aide à la contractualisation.

C'est donc parce que votre demande est en partie satisfaite que la commission a repoussé votre amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Défavorable, non que je sois insensible aux difficultés évoquées par Catherine Génisson, en particulier celles liées à la situation sanitaire de la région Nord-Pas-de-Calais – exemple type des inégalités sociales et géographiques...

M. Christian Hutin. Très juste!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ...qui jouent sur l'état de santé de la population –, mais parce que nous souhaitons appliquer des mesures différenciées selon les établissements, selon les bassins. Or vous entrez, madame Génisson, dans une autre logique: celle de la fixation de tarifs régionaux qui impliquerait un bouleversement complet du financement des établissements. Je ne dis pas que cette démarche soit impossible,...

M. Jean Mallot et **M. Christian Hutin**. Alors, allons-y!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. ... mais avouez que votre proposition suppose un minimum d'études préalables.

Je vous propose donc de retirer votre amendement, qui m'apparaît avant tout comme un appel à la réflexion.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, madame Génisson?

Mme Catherine Génisson. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 256 rectifié est retiré.)

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, cet après-midi, à quinze heures :

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

La séance est levée.

(La séance est levée à douze heures quarante-cinq.)

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

CLAUDE AZÉMA

