

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

30^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mercredi 27 octobre 2010

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE VAUTRIN

1. **Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011** (n° 2854) (*suite*) (p. 7545)

DISCUSSION GÉNÉRALE (*suite*) (p. 7545)

M. Guy Lefrand,
M. Christophe Sirugue,
M. Philippe Vitel,
M. Daniel Garrigue,
Mme Martine Billard,
M. Jean Leonetti,
Mme Martine Carrillon-Couvreur,
M. Michel Issindou,
M. Philippe Boënnec,
Mme Danièle Hoffman-Rispal,
M. Bernard Perrut,

M. Jean Mallot,
M. Paul Jeanneteau,
Mme Martine Pinville,
M. Michel Heinrich,
M. Michel Liebgott,
M. Guy Malherbe,
Mme Valérie Fourneyron,
M. Jean Proriol,
Mme Sylvia Pinel,
M. Dominique Tian,
Mme Frédérique Massat,
M. Jean-Jacques Gaultier.

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

2. **Ordre du jour de la prochaine séance** (p. 7569)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE MME CATHERINE VAUTRIN,

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est ouverte.

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

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 (SUITE)

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n^{os} 2854, 2916, 2912).

Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion générale.

DISCUSSION GÉNÉRALE *(suite)*

Mme la présidente. Dans la suite de la discussion générale, la parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand. Madame la présidente, madame la ministre de la santé et des sports, mes chers collègues, si nous sommes de nouveau réunis pour examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, c'est parce qu'il s'agit chaque année d'un moment fondamental dans les relations entre le Parlement et le Gouvernement, et c'est l'occasion d'échanger ensemble, sur les recettes et les dépenses de la sécurité sociale, mais aussi d'évoquer les sujets majeurs de notre système de santé. Je citerai ainsi la place attribuée au secteur médico-social, particulièrement important notamment encore cette année, les rôles respectifs du médicament, du traitement curatif, mais aussi du volet préventif de notre système, les relations avec l'ensemble des professionnels de santé – médecins bien sûr, mais aussi infirmières, pharmaciens, sages-femmes –, le rôle et la place des différents assureurs, notamment des assurances complémentaires, ou encore l'espace dévolu dans notre système de santé au patient et à l'assuré.

Alors que le pays connaît une crise sans précédent avec des conséquences économiques importantes, de nombreuses réformes se poursuivent, dont celle votée toute à l'heure, préservant notre système de retraite par répartition.

M. Jean Mallot. Non, détruisant notre système de retraite !

M. Guy Lefrand. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 s'articule autour de quatre axes, dans un contexte de nécessaire rigueur budgétaire : le financement de la réforme des retraites, la reprise de la dette sociale par la CADES, la poursuite de la politique de réduction des

niches sociales, la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, tout cela en maintenant dans notre pays un des plus haut niveau de protection sociale au monde.

C'est le rôle du politique que de devoir faire des choix et la majorité les assume avec volonté et conviction. Ainsi, ce PLFSS pour 2011 est construit sur des hypothèses économiques plus favorables, avec une hausse de la masse salariale de 2,9 %, contre 2 % en 2010, et une augmentation du PIB de 2 %, contre 1,5 % l'année dernière. Nous y retrouverons aussi un strict respect de l'ONDAM 2010 à 3 %, un ONDAM que je qualifierai de réaliste et responsable fixé à 2,9 % pour 2011, la maîtrise des dépenses de soins de ville, le renforcement des gains d'efficacité des établissements de santé en 2011, l'évolution de la prise en charge des patients atteints d'affection de longue durée que vous avez déjà évoquée madame la ministre, la mise en œuvre des préconisations du rapport de Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, mais aussi le renforcement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Dans le cadre des échanges que nous aurons pendant ces nombreuses heures, je reviendrai en particulier sur quelques sujets.

Le premier concerne les maladies orphelines dont les traitements sont complexes et coûteux. Un amendement, accepté par la commission, prévoit la suppression de l'article 20 qui propose de taxer les médicaments permettant de traiter les maladies orphelines.

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

M. Guy Lefrand. Il y va de l'intérêt du respect dû aux patients victimes de maladies rares, comme la leucémie chronique ou l'amyotrophie spinale. La recherche a fait d'énormes progrès, en particulier en France. Notre pays est le premier à avoir mis en place un plan national maladies rares et il est à l'origine du règlement communautaire sur les maladies rares. Ce serait donner une très mauvaise image de notre pays que de taxer la recherche sur des médicaments qui redonnent espoir aux patients victimes de maladies rares.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous ne proposons pas de taxer la recherche mais les médicaments !

M. Guy Lefrand. J'ajoute qu'un avenant à l'accord-cadre a été signé il y a quelques jours entre le CEPS et le LEEM sur la régulation des médicaments orphelins. Il est important que cet article ne fasse pas fi de ces négociations. C'est pourquoi, je vous proposerai, madame la ministre, de maintenir la suppression de cet article, en renvoyant le règlement de ce dossier à la négociation conventionnelle, comme vous l'avez évoqué ici même la nuit dernière.

Le deuxième point concerne les maisons de naissance et l'article 40 de ce PLFSS pour 2011. La commission a adopté un amendement visant à supprimer cet article qui préoccupait un certain nombre de députés, toutes tendances confondues, s'agissant de la démarche prévue pour la mise en place des maisons de naissance et la sécurité. Nous vous demandons de

nous préciser davantage les notions de statut, d'organisation, de conditions d'implantation et de financement de ces maisons de naissance.

Mais cet article pose surtout un problème majeur de sécurité. S'il convient, en effet, de ne pas surmédicaliser l'acte physiologique qu'est la grossesse, il ne faut pas pour autant oublier – et c'est un ancien interne de néonatalogie qui vous le dit – les accidents toujours possibles, comme les hémorragies de la délivrance qui parfois peuvent tuer en quelques minutes.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour le secteur médico-social. Les sages-femmes savent faire!

M. Guy Lefrand. L'accouchement sera toujours une période à risques pathologiques importants.

Nous serions rassurés si vous lanciez les expérimentations de ces maisons de naissance, qui ne concernent que quelques centaines d'accouchement par an, à l'intérieur des infrastructures hospitalières. C'est à cette condition que seront assurées les dispositions de sécurité indispensables, à l'heure où la mortalité infantile recommence à augmenter en France. Selon l'INSEE qui l'a précisé hier, pour la première fois depuis trente ans la mortalité infantile est passée de 3,6 à 3,7 pour mille naissances vivantes. La France est ainsi passée du cinquième au quatorzième rang européen. L'INSEE précise également que des études sur les pratiques d'accouchement sont à mener pour savoir d'où vient ce regain de mortalité infantile.

Le troisième point concerne l'article 37 et la mise sous entente préalable des centres de soins de santé et de réadaptation. Ils sont déjà soumis à de multiples obligations, notamment à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information, à des contrôles d'adéquation ainsi qu'à de nombreuses sujétions réglementaires. Or la dernière coupe transversale a montré que seuls 1,5 % à 2 % des patients n'avaient pas leur place dans les centres de SSR. Nous proposons de ne pas rajouter des procédures administratives supplémentaires, d'autant qu'elles risquent d'augmenter le coût des transports sanitaires si les centres de SSR voient le nombre de leurs patients diminuer. C'est pourquoi je suis favorable à la proposition que vous avez faite ici, madame la ministre, de manière que les dispositions ne concernent que les centres de santé surprescripteurs. À cette condition, nous pourrions voter cet article de loi.

Le quatrième point concerne les questions liées au problème des victimes de l'amiante. L'article 49 contient une évolution intéressante, puisqu'il prévoit d'instituer une prescription décennale. Mais, et nous l'avons dit en commission, il convient, comme pour toutes les autres mesures relatives à l'amiante, de se référer à la date de la consolidation de la maladie, notion clairement définie, à l'inverse de la date du premier certificat médical, comme l'a régulièrement rappelé la Cour de cassation. Il est en effet apparu, après différentes concertations, que la consolidation était le seul critère de point de départ de la prescription en matière de dommages à la personne, de sorte que la discrimination concernant les plaques pleurales, les épaississements pleuraux et l'asbestose, pour lesquels le délai de prescription court à compter de la date du certificat médical, ne pouvait être maintenue. C'est pour cela que j'ai déposé un amendement visant à se référer à la date de consolidation de la maladie.

Par ailleurs, la commission a adopté un de mes amendements concernant la modification des critères de prise en charge dans le cadre du FCAATA. Je propose que le système de liste d'établissements en vigueur pour l'attribution

des dérogations soit remplacé par un système combinant une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risque. C'est une demande ancienne de l'ensemble des victimes de l'amiante et de leurs associations, mais aussi des professionnels des secteurs concernés. J'en profite pour vous demander que le Gouvernement nous fasse le point sur l'état actuel de ce dossier amiante ainsi que sur les dispositions prises dans le cadre de la réforme des retraites pour protéger les victimes de l'amiante.

En outre, pourriez-vous demander à vos collègues du Gouvernement de nous faire part de l'état d'avancement du rapport sur la filière individuelle d'entrée dans le FCAATA, voté par amendement parlementaire lors de la loi de financement de la sécurité sociale de 2010 et qui devait vous être remis le 30 septembre dernier?

Enfin, je tiens à vous remercier, dès à présent, pour votre écoute quant aux interrogations et aux propositions des députés...

M. Jean Mallot. Uniquement des députés UMP!

M. Guy Lefrand. ...et que vous avez rappelées hier. Je ne doute pas que nous trouvions, ensemble, un accord sur ces quelques points qui ne doivent pas occulter la vision d'ensemble de ce PLFSS basé sur l'équilibre, la justice et la rigueur budgétaire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Christophe Sirugue.

M. Christophe Sirugue. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, force est de constater que la crise a placé bon nombre de nos concitoyens dans une situation de fragilité accrue. Dans ce cadre, nous avons tous besoin d'une protection sociale forte et d'une solidarité accrue. Elle existe en France, et on lui doit sans doute d'avoir pu affronter la crise avec moins de difficultés que dans d'autres pays.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est vrai!

M. Christophe Sirugue. Pour autant, nous avons besoin de conforter ce bouclier formidable à la lumière de la réalité du système de protection sociale français, sans se référer sans cesse à des comparaisons avec d'autres pays, dont on sait que les systèmes ne sont pas si facilement comparables.

Cette protection sociale, nous devons la défendre car elle est menacée. Elle est menacée par des déficits qui exigent des mesures fortes parmi lesquelles, sans doute, des prélèvements accrus, mais à condition qu'ils soient justes. Elle est menacée aussi par votre action, madame la ministre, qui consiste à demander des efforts toujours aux mêmes, c'est-à-dire aux plus fragiles.

La teneur de ce PLFSS pour 2011 conforte mon point de vue, qu'il s'agisse des nouveaux remboursements de médicaments, s'ajoutant à une liste déjà bien longue, de franchises médicales, qui voient leur part s'accroître, de la liberté laissée aux dépassements d'honoraires, ou encore de la paupérisation du système hospitalier qui rejaille sur le plus grand nombre.

Plus encore que ces mesures renforcées mais qui marquent vos orientations depuis plusieurs années, quelques nouvelles décisions méritent d'être portées à la connaissance du plus grand nombre et qui touchent plus particulièrement les jeunes générations.

Je pense notamment à votre décision, malgré le vote d'un amendement de suppression en commission des affaires sociales, de reporter au début du mois suivant la prise en compte de l'allocation jeune enfant, jusque-là accordée le jour de la naissance.

M. Jean Mallot. Incroyable !

M. Christophe Sirugue. Certes, il n'y a pas de petites économies, mais les réaliser au détriment de la politique familiale, des jeunes ménages alors que de grandes économies sont possibles sur le bouclier fiscal, économies que vous refusez d'engager : c'est choquant !

Prenons maintenant la scandaleuse proposition de l'un de vos collègues de supprimer la rétroactivité de trois mois accordée aux bénéficiaires de l'APL. Or qui bénéficie de l'APL ? Pas les plus riches, pas ceux à qui on pourrait demander un effort supplémentaire ; non : une nouvelle fois, les plus fragiles – dont les jeunes –, seront mis à contribution. Imaginez les conséquences d'une telle mesure en termes d'impayés de loyers, dès l'installation, impossibles à rattraper, quand, pendant trois mois, ils auront à financer leur logement sans l'aide de l'APL, si, même sans en être responsables l'instruction de leur dossier a pris du retard. Que dire également des répercussions d'un tel dispositif sur les organismes HLM, sur les associations qui luttent pour l'insertion ? Là encore les jeunes en seront les victimes, surtout ceux en situation d'exclusion dont s'occupent ces associations.

Une autre mesure mérite d'être dénoncée : l'utilisation du fonds de réserve des retraites, que vous siphonnez, et dont vous privez les générations futures.

M. Jean Mallot. Eh oui !

M. Christophe Sirugue. C'est le prolongement de la CADES. Que vous passiez par pertes vos propres engagements, c'est votre conscience que vous devez interroger ; mais que vous chargiez d'ores et déjà et délibérément les jeunes d'un si lourd fardeau, c'est une faute.

Madame la ministre, dans un joli numéro de vérité, vous avez tenté de laisser accroire que vous étiez dans le camp de la vérité. Si tel est le cas, pourquoi n'acceptez-vous pas de reconnaître que vous différez sur les générations futures une large part des problèmes financiers d'aujourd'hui ?

M. Jean Leonetti. Il est vrai que vous êtes bien placés pour dire cela !

M. Christophe Sirugue. Pourquoi ne reconnaissez-vous pas que vous n'augmentez pas les prélèvements obligatoires mais usez de toutes les ficelles des hausses de services et de prestations, qu'il s'agisse des remboursements ou des franchises, qui, pour reprendre vos termes, elles aussi influent directement sur les ressources des ménages ?

M. Yves Bur, *rapporteur de la commission des affaires sociales, pour les recettes et l'équilibre général.* Pourquoi n'avez-vous pas voté la réforme des retraites ?

M. Christophe Sirugue. Vérité pour vérité, je préfère être dans le camp de ceux qui estiment qu'il convient peut-être d'avoir recours à des prélèvements supplémentaires s'ils sont réalisés avec discernement, à savoir avec justice et efficacité...

M. Jean Mallot. Chacun doit contribuer en fonction de ses moyens !

M. Christophe Sirugue. ...plutôt que dans le camp de ceux qui prennent des mesures particulièrement douloureuses parce que particulièrement injustes, en tâchant de les dissimuler le plus possible.

Le débat sur notre protection sociale est important, et je partage sur ce point votre avis, madame la ministre. Il vaut mieux que l'opposition entre ceux qui se drapent dans le discours de la vérité et ceux qui se retrouvent accusés de mensonge. Vous devez assumer les conséquences de votre politique. Les exemples que nous avons choisis, mes collègues et moi-même, montrent que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est une bien mauvaise nouvelle pour l'ensemble de nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, nous voilà réunis comme chaque année à la même époque depuis 1996 pour discuter du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il nous est proposé, pour 2011, de nous prononcer sur une prévision de recettes de 426 milliards d'euros et une prévision de dépenses qui lui est supérieure de 22,7 milliards d'euros toutes branches confondues.

Les recettes augmentent de 4,2 % par rapport à 2010. L'ONDAM est fixé à 2,9 %, à savoir une progression qui correspond exactement à l'ONDAM « Soins de ville » et à l'ONDAM « Établissements de santé » – ce que j'apprécie au plus haut point – fixés, eux, à 2,8 %. L'ONDAM démontre que le plus petit risque est autant considéré que le gros.

Ce PLFSS est bâti sur des hypothèses macroéconomiques autrement plus favorables qu'en 2010 et qui pourraient se révéler, en fin de compte, encore meilleures si la reprise que nous sentons depuis quelques mois se confirmait, permettant à la France, dont les dirigeants ont parfaitement su gérer ces difficiles moments, d'être un des premiers pays occidentaux à en profiter.

Nous avons longuement réfléchi, à l'occasion de la discussion du projet de loi organique, à la gestion de la dette sociale, de nos dettes sociales.

Le texte que nous avons adopté n'a pas déchainé, loin sans faut, l'enthousiasme,...

M. Jean Mallot. Vous êtes très observateur !

M. Philippe Vitel. ...mais il représentait, je crois, la meilleure solution pour répondre à l'urgence : comme nous nous y sommes engagés, nous n'augmenterons pas les prélèvements sociaux et fiscaux.

La reprise de dette par la CADES et les conditions de son financement vont être maintenant votées dans le cadre du PLFSS après l'adoption hier du projet de loi organique nous autorisant à prolonger jusqu'à 2025 la durée de vie de cette honorable institution.

Je ne doute pas que nous mettrons lors de notre vote ces deux textes en cohérence et j'en suis par anticipation satisfait. Permettez-moi toutefois, au-delà des réserves que j'ai exprimées au cours des deux discussions générales, quelques réflexions.

L'année 2011 sera selon toute vraisemblance l'année d'une réforme profonde de notre fiscalité...

M. Jean Mallot. Ce n'est pas sûr : il y a des élections en 2012 !

M. Philippe Vitel. ...et je me dois, comme mon mandat l'exige, d'être le porte-parole des administrés qui m'honorent de leur confiance afin de les représenter au Parlement. Je les ai d'ailleurs récemment réunis dans ma circonscription, en compagnie de Guy Lefrand, pour évoquer avec eux les

perspectives du financement de notre système social. Ils nous réclament une grande transparence, la capacité d'assurer un suivi sans faille de leurs efforts financiers en termes d'impôts et de cotisations.

Haro sur la fongibilité ! Ils souhaitent que le fiscal et le social soient totalement identifiés, qu'à une recette émanant de leur contribution une dépense lui soit dédiée.

En ce sens, ils considèrent que les cotisations patronales et salariales auxquelles s'ajoute la CSG sont dévolues à leurs dépenses actuelles dans le périmètre de la maladie, de la famille, de la vieillesse et du travail, et doivent exclusivement permettre de financer ce périmètre.

La CRDS a été mise en place le 24 janvier 1996 par Alain Juppé dans le but de résorber l'endettement de la sécurité sociale. Ce principe fondamental ayant présidé à sa création a le mérite de matérialiser pour chacun d'entre nous le remboursement des dépenses passées de protection sociale. Je pense sincèrement que ce principe doit être sacralisé et la CRDS, et elle seule, dédiée aux remboursements de la dette.

Mes administrés considèrent en outre que les économies réalisées par la diminution des niches fiscales doivent intégralement servir à éponger la dette de l'État, et non à contribuer à financer la dette sociale.

S'ouvrira aussi la réflexion sur le mode de financement de la longévité et de la dépendance. On peut considérer comme formidable le fait de gagner trois mois d'espérance de vie par an...

Mme Michèle Delaunay. Quatre !

M. Philippe Vitel. ...mais, à terme, cette évolution va engendrer inévitablement une révolution, que ce soit en termes de financement de nos retraites ou de notre prise en charge médico-sociale.

Aujourd'hui, une personne sur cinq a plus de soixante-cinq ans ; en 2060, ce sera une personne sur trois.

M. Jean Mallot. Rien n'est moins sûr avec l'application de votre réforme des retraites !

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Oh !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Voilà une réflexion de bien mauvais goût !

Mme la présidente. Seul M. Vitel a la parole !

M. Philippe Vitel. Vous êtes une fois encore hors sujet, monsieur Mallot.

Si le déficit prévisible de la branche vieillesse est traité jusqu'en 2018 dans le cadre de la reprise de dette qui nous est proposé, et ceci à l'heure où la réforme de nos retraites a été votée par le Parlement, rien n'est prévu pour refinancer le déficit des futurs budgets de l'assurance maladie, d'ores et déjà évalué à 24 milliards d'euros pour les exercices 2012 et 2013.

Mes chers collègues, si nous voulons conserver à nos compatriotes le niveau de prestations auquel ils sont habitués, nous devons immanquablement, à cette échéance, revoir dans sa globalité le mode de financement de notre modèle social, en respectant les vertus de transparence et de « traçabilité » de l'utilisation des cotisations dont j'exprimais plus haut la nécessité.

Quant aux dépenses, j'ai déjà évoqué l'ONDAM 2011. À la fois réaliste et ambitieux, il me satisfait pleinement. Le plan d'économie de 2,4 milliards d'euros, qualifié par la presse de « classique », ne me semble pénaliser ni la qualité ni le parcours de soins, bien au contraire.

Le PLFSS vise également à améliorer la prise en charge des Français dans des domaines très divers. Certaines dispositions concernant en particulier les médicaments orphelins et la prise en charge de la rééducation fonctionnelle *post* MCO ont suscité en commission des discussions passionnées.

Je suis certain que sur ces dossiers comme sur bien d'autres nous trouverons des points d'accord lors de nos discussions dans l'hémicycle.

L'acharné de la convergence que je suis, trouve dans ce PLFSS des raisons d'espérer. Ainsi, l'article 41 tel qu'amendé par la commission me convient totalement. Il est un pas vers la convergence la plus cohérente que j'ai toujours défendue.

La bonne coordination entre le PLFSS et la loi HSPT qui doit présider au bon fonctionnement des ARS tend à renforcer ces dernières.

En revanche, d'accord avec les propos de Guy Lefrand mais contrairement à mon ami Jean-Pierre Door, je ne suis absolument pas convaincu, madame la ministre, par les maisons de naissances. Les explications que vous nous avez données hier soir en la matière m'ont plutôt conforté dans mon vœu d'une généralisation des pôles « Mères-enfants » dès lors qu'ils se trouvent à une distance convenable du lieu d'habitation des parturientes.

Nous aurons l'occasion, j'en suis certain, d'approfondir notre réflexion sur ce sujet.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. J'espère bien que vous changerez d'avis !

M. Philippe Vitel. Non ! (*Rires.*) Je vous l'affirme d'emblée.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ne provoquez pas l'orateur, monsieur le rapporteur. (*Sourires.*)

Mme la présidente. Seul l'orateur a la parole, mes chers collègues.

M. Philippe Vitel. On note dans le texte des progrès importants concernant la prise en charge des indemnités des victimes de l'amiante et concernant la lutte contre les fraudes. J'en suis, là aussi, très satisfait.

La question de l'assurance en responsabilité professionnelle est intelligemment traitée, bien que l'article 40 limite l'ambition du texte. Nous devons en rediscuter.

Je suis bien sûr très satisfait d'avoir pu, avec nos collègues Lefrand et Rolland, améliorer les possibilités données aux patients d'être dialysés à domicile.

Néanmoins, madame la ministre, je suis très inquiet de l'état bucco-dentaire de nos compatriotes, très nombreux à ne pas pouvoir disposer de soins de qualité à des prix convenables. Il me semble par conséquent urgent de revoir totalement la CCAM de cette profession. Pourquoi ne pas proposer un ONDAM spécifique ?

M. Yves Bur, rapporteur. Tout à fait ! C'est urgent !

M. Philippe Vitel. Madame la ministre, si le PLFSS pour 2010 était un budget de crise, celui-ci, établi dans le contexte d'une sortie de crise que nous espérons franche et rapide,...

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Vous êtes bien optimiste !

M. Jean Mallot. Il va y avoir du boulot !

M. Philippe Vitel. ... nous donne de bonnes raisons d'espérer qu'une fois la croissance revenue nous touchions enfin les dividendes des réorganisations et optimisations de notre système de soins auxquels nous attelons sans relâche depuis maintenant huit ans.

Pour toutes ces raisons, je voterai ce texte et demande à tous mes collègues du groupe UMP d'en faire autant, car il permettra aux Français de continuer de disposer du meilleur système de protection sociale connu à ce jour sur notre planète. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Guy Lefrand. Bonne conclusion !

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, mon temps de parole est limité à quelques minutes. Je me limiterai donc à quelques observations.

Tout d'abord, notre système de protection sociale est aujourd'hui dans une situation extrêmement grave. Sa dette s'élève à 25 milliards, tandis que 130 milliards sont repris par la CADES dans le cadre d'un texte que nous avons adopté hier. La situation est extraordinairement dangereuse.

Dans ce contexte, le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui nous est soumis propose des recettes qui n'ont pas un caractère pérenne. On relève également l'allongement de la durée de la CADES, même s'il était peut-être difficile de l'éviter, ainsi qu'un *swap* dont on doit souhaiter qu'il ne soit pas un CDS. Tout cela n'est pas fait pour nous rassurer.

La commission des finances s'inquiète, et notamment de la nécessité de trouver des recettes. Cela implique de procéder à un certain nombre de prélèvements nouveaux et supplémentaires. C'est la raison pour laquelle elle a adopté à l'unanimité l'amendement proposé par la rapporteure pour avis, Mme Marie-Anne Montchamp, tendant à la création d'une taxe additionnelle aux revenus du patrimoine et aux revenus de placement. Cela permettrait de dégager pour l'année prochaine des ressources s'élevant environ à 5,4 milliards d'euros.

M. Jean Mallot. Très bien !

M. Daniel Garrigue. C'est une disposition qui me paraît à la mesure de la crise de financement que connaît aujourd'hui notre système de protection sociale.

Je vous ai entendu, madame la ministre, procéder hier soir à une distribution de prix qui vous a conduite à récompenser plusieurs de nos collègues auteurs d'amendements. Je ne vous ai entendu accorder ni prix ni mention à l'amendement de Mme Montchamp et de la commission des finances. Peut-être nous direz-vous ce soir, dans l'intérêt même de la protection sociale, si le Gouvernement est prêt à lui accorder un prix de rattrapage. En tout cas, je pense que ce serait conforme à l'intérêt général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Mme Montchamp est assez grande pour répondre.

M. Daniel Garrigue. Elle n'est pas là.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est à M. Baroin de répondre à cette question.

M. Daniel Garrigue. C'est à M. Baroin de répondre ? Eh bien, peut-être qu'il nous donnera une réponse encourageante.

Le deuxième sujet que je voudrais aborder, c'est la question de la dépendance. Il apparaît en filigrane dans de nombreux problèmes : celui de la protection sociale, mais aussi celui de la situation des collectivités territoriales. Il y a eu la PSD, il y a eu l'APA, qui s'est inscrite dans une échelle beaucoup plus large. Et l'on s'est aperçu très vite qu'il y avait des problèmes de financement. La création de la CNSA a tenté de les pallier. Récemment, le rapport Jamet a montré les difficultés extrêmes auxquelles sont confrontés les départements. Il devient de plus en plus évident, s'agissant de ce problème de la dépendance, qu'il va bien falloir que l'engagement qui avait été pris de créer un cinquième risque, c'est-à-dire une branche dépendance de la sécurité sociale, soit enfin tenu.

Bien sûr, l'on peut et l'on doit discuter des modalités. Il faut savoir quel serait exactement le périmètre retenu pour ce risque dépendance. Il faut savoir quel rôle pourront conserver les départements dans ce système. Il faut savoir quelles ressources seront réunies. Mais il est évident que l'on ne peut plus, aujourd'hui, traiter ce problème autrement que dans la solidarité nationale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Yves Bur, rapporteur. Sans creuser de nouveaux déficits.

M. Daniel Garrigue. Oui, sans creuser de nouveaux déficits, ce qui pose bien évidemment, monsieur Bur, le problème des prélèvements.

Je reviendrai au cours du débat sur le problème de la présence médicale, comme sur un certain nombre d'autres sujets.

Je voudrais m'associer à la question qu'a posée notre collègue Sirugue, et que j'avais déjà posée au Gouvernement il y a une quinzaine de jours : comment le dispositif amiante s'articule-t-il avec le report de l'âge de départ en retraite ? Jusqu'ici, nous n'avons pas eu, à ma connaissance, de réponse précise à cette question.

Nous sommes devant des problèmes d'une extrême gravité. C'était déjà le cas l'an dernier. La situation n'a fait que s'aggraver. Il est évident qu'elle exige une démarche d'une autre envergure que celle qui est proposée aujourd'hui, une démarche qui lie à la fois l'effort et la solidarité.

M. Jean Mallot. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Madame la ministre, madame et messieurs les rapporteurs, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est largement le reflet de l'échec des politiques successives menées par les gouvernements de droite depuis 2002.

En effet, en huit ans, le déficit du régime général s'est creusé de plus de 15 milliards d'euros alors qu'il était à l'équilibre lorsque vous êtes arrivés au pouvoir ! Rappelons qu'avant 2002, les comptes sociaux avaient connu plusieurs années de soldes positifs. Ce sont donc bien des gouvernements soutenus par l'actuelle majorité qui ont appauvri notre système de santé, financièrement et qualitativement.

Votre politique de maîtrise comptable atteint ses limites, au point que même le rapporteur de la commission des affaires sociales, Yves Bur, indique que « l'approche par la maîtrise des dépenses n'est plus à la hauteur des enjeux ». Je suis tout à fait d'accord avec cette formule.

Du coup, j'ai un désaccord de fond avec le ministre du budget lorsqu'il nous explique qu'il faut se limiter aux dépenses les plus utiles. Non, l'objet de notre système de protection sociale n'est pas, à nos yeux, de se limiter aux dépenses les plus utiles.

Votre gouvernement est, de fait, prisonnier d'un système qui est incapable de concevoir les maladies autrement que comme de nouvelles parts de marché. Si le nombre d'ALD ne fait qu'augmenter, ce n'est pas avec une politique comptable de réduction des prises en charge qu'on diminuera le nombre de patients atteints de ces maladies. La seule conséquence d'une telle politique sera de pratiquer une sélection par l'argent entre ceux qui ont les moyens de financer leur santé et les autres.

Or les pathologies les plus nombreuses et les plus coûteuses pour la branche maladie sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Elles sont principalement dues à des causes comportementales et environnementales. Tant que nous n'agissons pas en amont, par une véritable politique d'éducation et de prévention, par la diminution, voire la suppression, pour certains d'entre eux, de produits toxiques, notamment ceux utilisés dans l'agriculture intensive, comme les pesticides et herbicides – je pense par exemple au Roundup –, on pourra toujours continuer à se lamenter sur l'augmentation des dépenses liées à ces maladies.

Malheureusement, la précédente loi de santé publique est déjà assez éloignée, et nous n'avons toujours pas de date pour l'examen de la prochaine. Nous en sommes réduits à discuter de questions de comptabilité en l'absence de politique de santé globale.

Parallèlement, la réduction des risques toxiques et chimiques, déjà trop timorée dans le Grenelle de l'environnement, risque en fait de ne jamais être mise en œuvre, étant donné l'action des lobbies.

De plus, votre loi sur les retraites vient de casser la médecine du travail, et vous avez refusé tous nos amendements tendant à une réelle prise en compte de la pénibilité. Cela ne va pas arranger les comptes de l'assurance maladie, qui risque de voir se dégrader la santé des salariés âgés. Cela aura pour conséquence l'explosion des arrêts maladie, et donc l'augmentation des versements d'indemnités journalières, poste de dépenses dont vous dénoncez par ailleurs la trop rapide augmentation !

Vos budgets sont marqués depuis 2002 par le transfert régulier de nouvelles charges vers les assurés sociaux : augmentation des forfaits, franchises médicales et déremboursement.

Cette année encore, vous perséverez. Nous aurons droit à une diminution de 35 % à 30 % du niveau de prise en charge des médicaments ; à l'augmentation de 91 à 120 euros du seuil de déclenchement de la participation forfaitaire de 18 euros pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital ; à la diminution des possibilités d'entrée dans le régime de l'affection de longue durée ; à la baisse de cinq points de la prise en charge des dispositifs médicaux.

Les conséquences de cette politique sont désastreuses pour les assurés. Beaucoup de personnes renoncent aux soins, et de plus en plus de Français n'ont pas de complémentaire santé. Si ceux qui sont dans ce cas représentent 8 % de la population totale, ce chiffre est une moyenne qui recouvre des différences : c'est ainsi que 20 % de la population du premier décile n'a pas les moyens de s'en payer une, tout comme 14 % dans le deuxième décile, et encore 11 % dans le troisième décile.

La situation dans les hôpitaux est absolument catastrophique. Il suffit de les fréquenter pour s'en rendre compte immédiatement. Votre obsession de la rentabilité, inscrite dans les objectifs de financement de l'hôpital public, étouffe littéralement les services qui sont tenus de réduire leur activité et qui se voient obligés, en raison de l'obsession du retour à l'équilibre, de supprimer des milliers de postes de personnels soignants. Plusieurs de mes collègues ont déjà décrit la situation, notamment dans les hôpitaux franciliens.

Ainsi, avec la T2A et la loi HPST, non seulement il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous à l'hôpital, d'être maintenu en observation, mais les services, voire des hôpitaux entiers, sont fermés au profit du secteur privé. Tout cela génère des transports, des coûts supplémentaires et une qualité de suivi dégradée.

Dans ce contexte, les dépassements d'honoraires ont explosé, passant de 763 millions en 1990 à 1,6 milliard en 2005. Il s'agit d'une pratique particulièrement discriminante, vous le savez bien. Et pourtant, PLFSS après PLFSS, vous refusez d'agir.

L'objet de notre système de santé est bien d'offrir un accès aux soins les meilleurs possibles, pas de transférer ce qui est rentable aux assureurs. Votre politique est au service du secteur de l'assurance. Vous comprendrez, dans ces conditions, que nous soyons totalement en désaccord avec le budget de la sécurité sociale qui nous est proposé. Mais j'y reviendrai, avec d'autres collègues du groupe GDR, tout au long du débat.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Leonetti.

M. Jean Leonetti. Madame la présidente, madame la ministre, madame et messieurs les rapporteurs, chers collègues, examiner un projet de loi de financement de la sécurité sociale permet évidemment de procéder à des évaluations, mais aussi de définir la politique de santé et les moyens qu'on y consacre. Après un ONDAM équilibré en 2010, on peut d'ores et déjà considérer que, compte tenu de la situation économique et financière de notre pays, ce PLFSS marque la volonté de consacrer à la santé le double de notre croissance. Il est évident qu'il apporte un soutien fort à notre politique de santé.

La loi hôpital, patients, santé, territoires, que vous avez défendue devant le Parlement, madame la ministre, constitue l'outil indispensable pour introduire de la cohérence et faire des économies de santé, par une mutualisation des moyens.

Dans ce contexte, on constate souvent un malentendu – notre collègue Jean-Pierre Door le sait mieux que quiconque – entre le corps médical et l'administration. On a toujours l'impression que les médecins considèrent que l'administration vient gêner la pratique médicale dans son individualité, dans la relation personnelle qu'elle implique avec le patient. L'administration, quant à elle, considère que l'on consacre beaucoup d'argent à la santé, et regrette parfois l'individualisme de l'exigence médicale.

Ce dialogue de sourds oppose artificiellement les stratégies médicales aux stratégies comptables. Il faut s'efforcer, comme vous l'avez fait, madame la ministre, et dans une politique de santé cohérente, de dégager les moyens financiers qui rendent possible, dans tous les territoires, une offre de soins de qualité et accessibles à tous.

À cet égard, puisque des restrictions budgétaires nous imposent malgré tout un budget contraint, nous devons avoir deux soucis primordiaux : celui de la transparence et celui de l'équité.

En ce qui concerne la transparence, il est important de dissiper un certain nombre de malentendus, en particulier sur la convergence et sur l'évaluation des missions d'intérêt général. Celles-ci nous paraissent souvent sous-estimées. Et parce qu'elles sont souvent affectées aux hôpitaux en déficit, elles apparaissent, faute d'évaluation précise, comme des variables d'ajustement d'un budget en difficulté. Elles ne sont pas évaluées selon des contraintes de soins, de sorte qu'elles apparaissent parfois comme déficitaires.

En ce qui concerne la convergence, vous avez accepté de la reporter à 2018. Cependant, elle se pratique. Ainsi, la convergence ciblée des tarifs a-t-elle largement dépassé les 150 millions annoncés en début d'exercice. Si bien que les hôpitaux ont augmenté leur volume d'activité et ont diminué leurs dotations. Il y a là une anomalie et un transfert de charges entre l'hôpital public et l'activité privée.

M. Jean Mallot. Et voilà !

M. Jean Leonetti. Dans cette mission hospitalière, il y a des actes pour lesquels la convergence pose un problème. Prenons l'exemple de l'opération de la cataracte. Qu'y a-t-il de commun entre, d'une part, une clinique où cet acte est pratiqué de manière répétitive, dans un temps bien défini, ce qui permet évidemment à l'établissement de fermer le service durant la nuit ou le week-end, et, d'autre part, une structure hospitalière qui doit répondre à une contrainte, celle que lui impose l'obligation d'accepter toutes les pathologies, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et à tous les endroits ?

Je ne dis pas qu'il existe en la matière une différence entre le public et le privé, mais qu'il en existe une entre les différentes structures.

M. Richard Mallié. Tout à fait !

M. Jean Leonetti. En effet, dans la situation actuelle, celles qui ont la charge d'une pathologie ciblée et répétitive ont forcément des gains de productivité plus forts que celles qui doivent mener une action globale sur l'ensemble de la population.

M. Michel Issindou. C'est ce que nous disons depuis longtemps !

M. Jean Leonetti. À titre d'exemple, la convergence des tarifs d'accouchement est injuste : lorsqu'est décidée une baisse globale des tarifs dans les maternités, celles de niveaux deux et trois, c'est-à-dire celles qui prennent en charge les pathologies les plus lourdes, sont beaucoup plus touchées que celles qui pratiquent l'accouchement classique. On sait bien que les restrictions budgétaires impactent plus fortement les actes complexes et difficiles.

M. Richard Mallié. Absolument !

M. Jean Leonetti. La transparence, c'est aussi une vision globale et objective de l'offre de soins. Or, les cartes publiées par la Fédération hospitalière de France montrent une grande disparité des pratiques et des offres sur le territoire national.

M. Louis Giscard d'Estaing. Naturellement !

M. Jean Leonetti. On est en droit de s'interroger, en effet, quand on voit qu'il est pratiqué 42 % de césariennes dans une clinique de l'Ouest de la France alors que la moyenne se situe autour de 20 % dans les cliniques privées et les hôpitaux publics.

M. Yves Bur, rapporteur. C'est un vrai problème.

M. Jean Leonetti. Ces anomalies montrent que nous devons veiller avant tout à la pertinence des actes et à la qualité des soins. Cette surveillance sera obligatoirement source d'économies pour notre système de santé, car, en médecine, faire mieux revient quelquefois moins cher que faire plus.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. C'est vrai !

M. Yves Bur, rapporteur. La formation doit être incitative !

M. Jean Leonetti. Selon une étude de la Cour des comptes, il est encore pratiqué 800 000 radios du crâne dans les cas de traumatismes crâniens,...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Un million !

M. Jean Leonetti. ...et même un million. Or, une radio du crâne n'évite pas les scanners et les IRM. Elle apparaît donc comme un acte supplémentaire, lequel est considéré comme totalement inutile ou, du moins devant se pratiquer de manière exceptionnelle, à la fois par les radiologues – privés comme publics –, les neurochirurgiens et les neurologues.

Comme on le voit, la suppression d'actes inutiles ou disproportionnés aurait pour effet de privilégier les actes indispensables, qui sont aujourd'hui des actes performants.

Enfin, la construction tarifaire et budgétaire place les hôpitaux dans une situation un peu paradoxale : comme elle intègre une augmentation prévisionnelle de l'activité, mesurée en séjour, de 1,7 %, cela signifie que, pour obtenir une augmentation de leurs recettes à hauteur de la progression naturelle de leurs charges – salaires et prix –, les établissements sont obligés de développer leurs activités, et donc le volume de leurs actes, ce qui induit une fuite en avant contraire aux intérêts de santé publique.

En conclusion, la T2A est un bon outil mais peut être encore affinée. De plus, en veillant à la pertinence et à la qualité des actes, nous pouvons faire en sorte que les financements affectés à la santé soient affectés à des actes indispensables, et non plus à des actes inutiles.

M. Richard Mallié. Voilà !

M. Jean Leonetti. Parmi les perspectives d'avenir de la pratique médicale, la mutualisation des moyens, l'utilisation de la télémédecine, la délégation de tâches au personnel infirmier et la revalorisation de la médecine générale sont autant de moyens qui devraient induire des économies de santé du fait d'une meilleure organisation des soins.

J'ai déposé avec un certain nombre de mes collègues, dont M. Yves Bur, des amendements tendant à introduire plus de transparence et d'équité et à améliorer encore la qualité des actes. Je considère, en effet, que la recherche de qualité que vous avez initiée depuis que vous êtes en charge des questions de santé, madame la ministre, doit pouvoir être encore plus poussée et conduire à un changement de nos pratiques médicales, dans un climat apaisé et non pas de recherche de fautes. Cela est possible dès l'instant où nous savons que faire ensemble, faire mieux et mieux organiser la politique de santé conduit non seulement à améliorer la qualité des soins mais aussi à diminuer les dépenses de santé.

J'espère que vous accepterez ces amendements et que le PLFSS qui nous est présenté, avec un ONDAM à 2,9 %, imposé par notre situation économique et financière, n'entamera en aucune façon l'organisation et la qualité des soins que l'ensemble de nos concitoyens sont en droit d'attendre de nous. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Madame la présidente, madame la ministre, madame et messieurs les rapporteurs, je souhaite appeler votre attention ce soir sur les organismes du secteur social et médico-social. Nul ne conteste le rôle essentiel joué par ces établissements en faveur des personnes les plus vulnérables.

Mon intervention portera plus particulièrement sur les structures qui accueillent des personnes handicapées. Souvent organisés sous la forme associative, ces établissements assurent une mission d'intérêt général et de service public.

Pour obtenir des résultats, ils doivent pouvoir agir dans la durée. C'est pourquoi ils ont besoin de connaître les règles de fonctionnement et de financement qui leur permettront de mener à bien, en toute stabilité, leur mission. Malheureusement, les mesures qui nous sont présentées dans le PLFSS pour 2011 ne garantissent pas cette indispensable stabilité.

La progression du sous-objectif médico-social de l'ONDAM a été fixée, pour l'année 2011, à 3,8 %, alors que, jusqu'alors, elle avait toujours été supérieure à 6 % pour tenir compte du vieillissement de la population et de l'effort de rattrapage engagé pour combler le retard en matière d'accueil des personnes handicapées. Comment expliquer une telle régression alors que vous affichez, dans le même temps, la volonté de poursuivre les efforts de création de places annoncés dans les plans « Solidarité -grand âge » ou lors de la conférence nationale du handicap de 2008 ?

Nous savons fort bien que, sur ces 3,8 % d'évolution des crédits, 3 % seront affectés à la création de nouvelles places. Il restera donc moins de 1 % de crédits supplémentaires pour faire face aux évolutions des charges de fonctionnement de ces établissements, si bien que ceux-ci vont se retrouver en difficulté.

Le Président de la République s'est engagé sur un plan pluriannuel visant la création de 50 000 nouvelles places pour l'accueil de personnes handicapées à l'horizon 2014. Vous nous dites que la montée en charge de ce plan est telle qu'elle permettra d'atteindre l'objectif annoncé. Je voudrais partager cet optimisme, mais il n'est prévu qu'un nombre limité de créations de places en 2011 : seules 4 600 nouvelles places sont programmées, soit moins qu'en 2010 et, sur ces 4 600 places, 1 046 seulement concernent les enfants alors qu'il y a un manque de places dans certains secteurs comme l'autisme et le poly-handicap pour ne citer que ces exemples.

Outre l'insuffisance des moyens, il est introduit une nouvelle procédure d'appel à projet pour toute opération d'extension des établissements médico-sociaux. Comment comprendre qu'une structure qui souhaite améliorer son cadre de vie, voire étendre ses capacités d'accueil, en accord avec les autorités administratives dont elle dépend, soit obligée de se soumettre à un appel à projet pour obtenir l'autorisation nécessaire ? Cette procédure risque d'engendrer des différences de traitement selon les territoires et les décideurs.

J'ai souligné en préambule que ces établissements doivent, pour obtenir de bons résultats, pouvoir agir dans la durée et en toute sécurité. Or, avec cette nouvelle procédure, rien ne garantit au gestionnaire déjà en place qu'il obtiendra l'autorisation nécessaire à la suite de son appel à projet.

Nous avons déposé des amendements afin de modifier ces dispositions et d'éviter de compliquer le fonctionnement de ces établissements. Vous les avez rejetés.

Nous craignons donc qu'au lieu de poursuivre la modernisation de ce secteur, vous ne lui fassiez prendre du retard et cumuler les difficultés, ce qui aura pour conséquence de pénaliser les populations accueillies.

Je rappelle que le secteur médico-social est réglementé et très soucieux de la bonne gestion des deniers publics.

Nous savons que l'élaboration du budget 2011 se fait dans un contexte de dégradation des comptes sociaux. Nous avons, à de nombreuses reprises, alerté la représentation nationale sur l'évolution négative de ceux-ci et sur la nécessité de procéder à des réformes de fond pour préserver notre système de protection sociale. Vous nous présentez, en réponse, des ajustements : ceux-ci n'apportent aucune solution pérenne permettant d'assurer l'équilibre des comptes sociaux.

Nous devons donc nous attendre à une nouvelle dégradation financière, laquelle entraînera une dégradation sociale puisque l'accompagnement des personnes les plus vulnérables au sein même des établissements s'en trouvera réduit.

Nous le déplorons et demandons que des mesures à la hauteur de l'enjeu puissent être réintroduites dans ce projet de budget.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Issindou.

M. Michel Issindou. Que dire du PLFSS que vous nous proposez pour 2011, madame la ministre ? J'ai bien envie de répondre « pas grand-chose », car il ne comprend aucune mesure conséquente et originale. C'est aussi avec une grande déception que je constate qu'une fois de plus, vous refusez de traiter le problème de fond de la sécurité sociale, à savoir ses déficits chroniques. La situation est terrible. Mon observation n'est pas subjective. Les chiffres sont là pour attester la gravité du déficit, puisque, depuis trois ans, il s'établit entre 20 et 25 milliards d'euros chaque année.

Vous vous flattez, cette année, qu'il passe de 23 à 21 milliards. C'est, certes, un progrès, mais celui-ci n'est pas, vous en conviendrez, très sensible et encore moins à la hauteur des enjeux.

La crise n'explique pas tout. Le ver était dans le fruit avant. Je me souviens qu'en 2007, le déficit tournait déjà autour de 10 milliards d'euros, ce qui n'était pas rien.

D'ailleurs, quand bien même ces déficits seraient imputables à la crise, il n'empêche qu'ils existent bel et bien et qu'il faut impérativement les résorber, sous peine de voir le bel édifice de la protection sociale s'écrouler – lentement, certes, mais sûrement.

Comment pouvez-vous nous présenter un texte aussi indigent ? Espérez-vous, grâce à lui, remonter un peu la pente ? Attendez-vous des jours meilleurs – ils semblent bien improbables – permettant d'accroître les recettes assises sur la masse salariale ? Les experts sont formels : même une croissance forte ne suffira pas à retrouver l'équilibre. Il faudra, à un moment ou à un autre, injecter des recettes nouvelles dans le dispositif. Vous le savez, mais votre phobie des prélèvements obligatoires et surtout votre peur de dire la vérité aux Français, compte tenu des conséquences que cela aurait sur les élections de 2012, vous conduisent à cet immobilisme coupable.

Je ne reviendrai pas sur la question de la CADES et du Fonds de réserve des retraites. Nous en avons abondamment parlé et largement dénoncé vos agissements.

Je préfère m'attacher à certaines recettes qui me semblent négligées, alors qu'elles pourraient être « captées » pour résorber les déficits.

Elles pourraient figurer dans votre projet de loi. Je veux parler de la réduction des allègements de charges sur les bas salaires allant jusqu'à 1,6 SMIC, qui représente 22 milliards d'euros. Son utilité est souvent contestée, non seulement par les socialistes, mais également par certains experts et, régulièrement, par la Cour des comptes. Elle apparaît, en effet, bien incertaine, voire douteuse, lorsqu'on voit que la fourchette des emplois qu'elle a contribué à créer ou à préserver va de 300 000 à 1,5 million d'emplois.

La compétitivité des entreprises françaises en dépendrait. On veut bien le croire pour celles qui se trouvent dans un champ concurrentiel. Mais, pour les autres, ce n'est qu'un effet d'aubaine.

Une révision partielle et progressive de ce dispositif procurerait de substantielles ressources. M. le président Méhaignerie, que je ne vois pas sur ces bancs, fait partie de ceux qui nous proposent régulièrement, comme M. Yves Bur, de revoir le dispositif, mais les années passent, les PLFSS se suivent et nous ne voyons rien venir de substantiel.

Je dirai quelques mots de la branche santé de la protection sociale.

Vous nous présentez, madame la ministre, un plan d'économies de 2,4 milliards avec un ONDAM en progression de 2,9 %. Mais, là non plus, vous n'avez pas pris la mesure du problème puisque vous affichez un nouveau déficit prévisionnel de 12 milliards d'euros.

Pour parvenir à ces économies, vous alignez un catalogue de mesures de toute nature : on a vraiment l'impression que vous raclez les fonds de tiroirs. Mais ces mesures ont pour beaucoup un point commun : elles confirment la politique, que vous menez sans le dire, de déremboursement du petit risque, et donc d'augmentation du reste-à-charge pour l'assuré.

Une fois de plus, les conséquences pour nos concitoyens les plus fragiles seront dramatiques, et on amplifiera le schéma déjà en place : renoncement aux soins ; abandon de la couverture complémentaire par les mutuelles ; dégradation de la santé.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. C'est faux !

M. Michel Issindou. Que dire des crédits alloués au secteur médico-social, qui sont en forte baisse alors que les besoins sont immenses ? Vous vous abritez derrière la consommation effective des crédits ; mais on peut craindre que ce ne soit qu'un artifice.

Enfin, la politique familiale n'est pas épargnée : vous pratiquez une politique d'épicier, si vous me permettez l'expression, en revenant sur la rétroactivité des aides personnalisées au logement et en fixant le point de départ au jour de dépôt du dossier. Cette mesure frappera, encore une fois, les plus démunis, les plus modestes.

L'article 55 pousse la mesquinerie à son paroxysme : l'allocation de naissance serait versée le premier jour du mois qui suit la naissance, et non le premier jour du mois qui précède. Encore une mesurette – à 34 millions, certes, mais qui en dit long sur votre politique familiale. Heureusement, la commission a pour l'instant, semble-t-il, évité le pire : on verra ce qu'il en adviendra au cours de la discussion.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est dans la droite ligne de votre politique en matière de finances publiques : par idéologie ou, plus sûrement, par électoralisme, vous avez décidé de ne pas augmenter les impôts d'aujourd'hui ; vous les renvoyez donc aux impôts demain. Car il faudra bien payer un jour.

En attendant, c'est tout le système de protection sociale que vous mettez lentement mais sûrement en péril. Nous ne pourrions donc pas voter votre texte. (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Boënnec.

M. Philippe Boënnec. Tous les Français sont attachés à notre système de protection sociale, à la solidarité instaurée depuis 1958 par la sécurité sociale.

Notre système de sécurité sociale est déficitaire, on le dit souvent. Nous devons avoir l'audace, et la volonté, de réformer son financement. Les efforts que nous devons consentir pour garantir la solidarité sont d'autant plus difficiles que le contexte actuel de fin de crise pèse sur les comptes sociaux, les recettes étant tirées des cotisations, qui dépendent elles-mêmes de la bonne marche de notre économie.

Assurer les dépenses et les recettes de santé pose un vrai problème de société.

Notre système de santé demeure l'un des plus performants au monde, et cela est bien. Nous devons collectivement relever des défis d'une ampleur sans précédent. Ne nous masquons pas la réalité : les dépenses de santé vont croître, en raison de l'allongement de la durée de vie, du coût des nouvelles thérapies, de la recherche, des nouvelles technologies, de la prise en charge des maladies chroniques et d'un désir légitime de vivre plus longtemps et en bonne santé. Voilà un vrai progrès social.

Pour faire face à ces défis et à leurs conséquences financières, il est indispensable que nous agissions dans deux directions : une bonne gestion doit nous permettre d'utiliser au mieux nos crédits de santé ; l'amélioration de l'efficacité de notre système sanitaire doit également nous aider à maîtriser nos dépenses de santé. C'est l'objet de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » que nous vous devons, madame la ministre, et qui se met progressivement en place notamment au travers de la création des agences régionales de santé.

Les hôpitaux publics constituent un élément incontournable de notre offre de soins. Je fais remarquer à Mme Touraine, qui n'est pas là, qu'il y a quelques élus qui ne sont pas de gauche et qui s'intéressent pourtant à l'hôpital public ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Yves Bur, rapporteur. C'est bien vrai !

M. Philippe Boënnec. L'excellent président Jean Leonetti en fait partie, ainsi que moi-même : je suis très attaché aux hôpitaux publics.

Leur modèle de financement – Jean Leonetti l'a dit – doit tenir compte des missions réellement effectuées, en évaluant les coûts de ces contraintes de manière rigoureuse. Il faut prendre en compte les surcoûts liés à la prise en charge des urgences, aux hospitalisations non programmées qui en sont la conséquence, et aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

On ne peut demander à l'hôpital public d'être ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre et de prendre en charge des pathologies peu rentables sans lui attribuer les financements correspondants.

Plus généralement, d'autres mesures, visant à mieux définir les protocoles médicaux ou à garantir un contrôle plus efficace des prescriptions, tant par les personnels soignants que par les patients, permettraient d'améliorer l'efficacité de notre système sanitaire.

Il n'est plus acceptable que la sécurité sociale se comporte comme un payeur aveugle en continuant à rembourser des actes ou des pratiques qui n'ont aucune pertinence médicale.

M. Gérard Bapt et **M. Michel Issindou**. C'est le médecin qui doit en décider!

M. Philippe Boënnec. Cette inflation des volumes pénalise tous ceux qui s'efforcent de pratiquer des soins adaptés.

Le rapport 2010 de la Cour des comptes rappelle ainsi l'exemple éloquent des radiographies du crâne. Madame la ministre, vous pourriez vous procurer l'étude tout à fait pertinente sur ce point du professeur Potel.

Chaque euro dépensé pour le soin doit être un euro utile.

Pour une bonne gestion et non pour une gestion économe ou comptable, il faut améliorer le contrôle, et l'efficacité du contrôle. Il est donc nécessaire de l'évaluer, et une mission sur ce point est nécessaire.

L'évolution structurelle des dépenses nécessite de trouver dès aujourd'hui des ressources nouvelles pour financer la branche santé de notre protection sociale.

Nous ne pourrions plus échapper longtemps à l'indispensable réflexion concernant la pérennisation à long terme des ressources affectées à l'assurance maladie. Des pistes doivent être étudiées pour trouver les ressources complémentaires ne pesant pas exclusivement sur les revenus du travail et de l'entreprise: la compétition économique mondiale ne nous le permet pas.

Gardons à l'esprit qu'il est plus facile de gérer les comptes sociaux lorsque la croissance est réelle, quand le PIB est fort.

Quelles pistes peut-on explorer? Il y a par exemple la création d'une TVA sociale destinée à compenser la perte de compétitivité de nos entreprises. Il y en a d'autres: ainsi, j'ai entendu avec beaucoup d'intérêt les propositions de M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales.

Notre tâche est bien difficile, compte tenu de l'importance des déficits. Garantir une offre sanitaire de qualité est un enjeu majeur pour notre société. Nous ne pouvons que nous réjouir des progrès médicaux qui accroissent régulièrement notre espérance de vie.

Mme la présidente. Merci de conclure, cher collègue.

M. Philippe Boënnec. Si la santé n'a pas de prix, elle a évidemment un coût. Pour que les Français continuent à bénéficier d'un bon système de protection sociale, il faut bien sûr une bonne gestion, une gestion responsable; mais nous ne pourrions pas éviter de réfléchir à une nouvelle assiette de prélèvement.

La future création d'un droit universel pour la perte d'autonomie, la recherche des ressources nécessaires pour la prise en charge sanitaire de tous les Français, voilà des défis adressés à notre société qui nécessiteraient bien un Grenelle de la santé – les Grenelles étant en France synonymes de consensus social. *(Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)*

Mme la présidente. La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. On nous annonce avec satisfaction un ONDAM médico-social en progression de 3,8 %. La vérité, c'est que le taux de progression de l'ONDAM médico-social est surtout en nette régression par rapport à 2009, et même par rapport aux années précédentes.

Mme Bérengère Poletti, *rapporteuse*. Il y a les crédits de paiement, et les autorisations d'engagement!

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Fort heureusement, l'amendement de madame la rapporteure Poletti, avec son objectif d'empêcher la récupération par l'assurance-maladie de 100 millions d'euros votés l'an dernier au profit des personnes âgées devrait limiter la casse. Je la félicite donc et m'associe à sa démarche – nous avons d'ailleurs voté l'amendement en commission.

Mais je n'arrive pas à comprendre que le Gouvernement ait pu imaginer procéder autrement dans son projet de loi. Ces jeux de bonneteau, qui ont des conséquences sur les enveloppes des agences régionales de santé, sont indignes, surtout quand on connaît les difficultés rencontrées sur le terrain pour mener à bien des projets de création d'établissements, que ce soit pour les personnes âgées ou pour les personnes handicapées dont Mme Carillon-Couvreur vient de parler.

Tant qu'à parler chiffres, il y a quelque chose que je ne comprends pas. Mme la secrétaire d'État Nora Berra a déclaré en commission des affaires sociales: « Le plan "Solidarité grand âge" sera respecté. Ses objectifs ont déjà été atteints à 91 %, avec 93 000 ouvertures sur les 96 000 prévues. » Mais, hier soir, nous n'en étions qu'à 85 000! Je sais bien qu'il y a les crédits de paiements et les autorisations d'engagements, madame la rapporteure: j'ai bien compris, et je suis même d'accord avec vous sur ce thème. Il faut distinguer les places créées et autorisées.

Mais on finit tout de même par ne plus comprendre de quoi il retourne! Sur le terrain, quand on a des avis positifs du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, mais que l'agence régionale de santé dit non, c'est bien que les chiffres ne correspondent pas vraiment à la réalité du terrain!

À croire les déclarations de Mme Nora Berra, on aurait presque deux ans d'avance sur les objectifs du plan « Solidarité grand âge ». Franchement, les chiffres annoncés me laissent un peu perplexes!

Et quand bien même cet optimisme béat sur la création de places serait justifié, croyez-vous que cela suffise à baigner dans l'auto-satisfaction? Il ne vous aura pas échappé que le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a été voté contre l'avis d'acteurs parmi les plus importants du système: je pense d'abord aux membres du GR 31 – c'est-à-dire les représentants des personnes âgées, des personnes handicapées et des professionnels à leur service. Ils réclament davantage de moyens pour les établissements existants; ils critiquent une convergence tarifaire aveugle qui a pour conséquence de réduire le nombre de professionnels travaillant au service des personnes en perte d'autonomie. Je n'ai pas le temps de développer cette question de la convergence tarifaire aveugle, d'évoquer les tarifs-plafonds et l'outil PATHOS. Mais un certain nombre d'établissements se plaignent! Dois-je vous rappeler que le plan « Solidarité grand âge » prévoyait justement d'augmenter considérablement le ratio de personnel pour ce secteur?

Les organisations syndicales représentant les salariés ont, quant à elles, voulu souligner que le budget proposé ne répondait pas aux besoins du secteur.

Enfin, des représentants de conseils généraux ont rappelé une énième fois que les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie et de prestation de compensation du handicap sont de moins en moins compensées.

Le secteur souffre et attend désespérément la cinquième branche de sécurité sociale ! Le Président de la République, le 18 septembre 2007, et après lui un certain nombre de vos collègues, madame la ministre, nous ont annoncé sa création la main sur le cœur. La crise est passée par là, je le sais bien ; alors on entend, au fur et à mesure des rapports du Sénat et de l'Assemblée nationale, que ce sont les assurances privées qui paieront, voire qu'il faudra pour cela supprimer une journée de RTT. Vous nous avez déjà fait le coup avec la Pentecôte : deux ans pour les retraites, deux jours de moins par an, cela commence à faire beaucoup !

M. Paul Jeanneteau. Et que propose-t-on, de votre côté ?

M. Yves Bur, rapporteur. Et comment finance-t-on tout ça ? La critique est aisée, mais la proposition est difficile !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Et puis, on ne dit plus rien, dans aucun rapport, des personnes âgées un peu plus autonomes que les autres, dites en GIR 4. On parle tout de même de 400 000 personnes. Nous sommes ici dans le domaine de la prévention, de la santé publique ; et il y a un certain nombre d'emplois à la clé !

Malheureusement, je n'ai pas le temps de tout dire. Mais je vais conclure sur le rapport annuel au Parlement sur les franchises médicales, que j'ai hélas obtenu tardivement. Je m'étonne de la baisse des dépenses de soins palliatifs, qui seraient passées de 300 millions d'euros à 260 millions. Lorsque j'ai travaillé avec Manuel Valls sur la proposition de loi pour le droit à mourir dans la dignité, nous avons réalisé de nombreuses auditions, et nous avons constaté qu'en France, on manquait encore souvent de structures de soins palliatifs. J'ai donc beaucoup de mal à comprendre cette diminution de 40 millions d'euros. (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Avec ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement poursuit l'effort de maîtrise de la dépense, tout en veillant à conserver un très haut niveau de protection sociale. Nous devons rappeler à nos concitoyens l'importance de ce budget : 450 milliards d'euros de dépenses, ce n'est tout de même pas rien !

M. Louis Giscard d'Estaing. Bien sûr !

M. Bernard Perrut. L'effort de solidarité engagé envers les plus fragiles est poursuivi. Je pense plus spécialement aux personnes handicapées, avec 4 600 places créées en 2011. Faut-il aussi rappeler que la part du financement de la dépense de santé laissée à la charge des ménages s'élève à 7,4 % seulement, ce qui fait de la participation française l'une des plus faibles d'Europe ? L'accès à la complémentaire va d'autre part être amélioré : c'est important de le dire.

Je souhaite souligner pour ma part l'exemplarité de notre politique familiale puisque nous consacrons 100 milliards d'euros, soit 5 % de notre PIB, à la politique familiale. Je rappelle également la revalorisation des prestations familiales et le développement de la garde d'enfants : 1,3 milliard d'euros serviront à créer 200 000 places d'accueil supplémentaires d'ici à 2012, 100 000 en structures et un objectif de 100 000 places nouvelles auprès des assistantes maternelles au même horizon.

M. Louis Giscard d'Estaing. Très bien !

M. Bernard Perrut. Tout cela nous permet d'avoir l'un des meilleurs taux de natalité en Europe et un taux d'emploi des femmes très élevé. Cela étant, peut-être faudrait-il améliorer encore les conditions d'accueil de nos enfants ?

Ce jour même, mes chers collègues, les projections démographiques de l'INSEE nous confortent dans les réformes, qu'il s'agisse de celle des retraites, grâce à laquelle nous allons sauver notre système par répartition, ou de la réforme que nous devons entreprendre pour répondre au défi de la dépendance. On sait en effet qu'un Français sur trois aura plus de soixante ans en 2060, que le nombre de personnes de plus de soixante-quinze ans sera de 11,9 millions et que les plus de quatre-vingt-cinq ans seront 7,4 millions. Ces chiffres, devant lesquels nous nous interrogeons, demandent une réponse.

Reconnaissons d'ores et déjà l'importance accordée à nos aînés dans nos politiques sociales : je sais combien Nora Berra y est attentive. L'évolution de l'ONDAM personnes âgées en est la démonstration, avec un taux de 4,4 % ; ce sous-objectif est celui qui progresse le plus. L'année 2011 permettra justement de poursuivre le plan Solidarité grand âge et ses objectifs seront maintenus. Éric Woerth a rappelé hier que c'était essentiel.

Les autorisations d'ouverture déjà délivrées pour les places d'établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, mais aussi pour les services de soins infirmiers à domicile, ou encore pour les accueils de jour et d'hébergement temporaire représentent, fin 2010, 91 % des objectifs initiaux du plan. Si 85 000 places sont déjà autorisées, l'ouverture sur le terrain est bien inférieure aux autorisations données, d'où la nécessaire adaptation des crédits de paiement aux besoins réels, ce qui ne peut être considéré comme un frein ou comme un recul, mais comme l'expression d'une bonne gestion voulue par le Gouvernement et par le ministre en charge des finances.

La médicalisation des maisons de retraite mérite d'être poursuivie et il nous faut renforcer les personnels soignants auprès des personnes âgées dépendantes. Dans le même temps, n'y a-t-il pas un besoin de rééquilibrage des places au profit des services à domicile dont nous mesurons la qualité du travail ?

J'insiste également sur le plan Alzheimer, qui est pour nous tous une priorité à travers des innovations majeures pour 2011, la généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer – les MAIA – dont il faudra clarifier les financements et le déploiement des plateformes de répit complétant les accueils de jour et d'hébergement temporaire.

Pour conclure, je relierai le PLFSS aux réalités de la vie, car lorsqu'on est président d'un conseil de surveillance de centre hospitalier, on mesure les évolutions de ces dernières années, en termes de création de nouveaux services, par exemple. Madame la ministre, vous êtes vous-même venue à Villefranche-sur-Saône pour poser la première pierre de nouveaux services.

Mme Valérie Fourneyron. Il y en a qui ont de la chance !

M. Bernard Perrut. S'agissant des évolutions, il y a encore la mise en œuvre de la T2A ou la réflexion menée sur une communauté hospitalière de territoire. Oui, l'hôpital change, il évolue, et il faut le dire ! En tant que maire, on mesure aussi chaque jour l'ouverture de nouveaux établissements, de structures pour la petite enfance et pour les personnes âgées.

Cette loi de financement de la sécurité sociale est très concrète et l'on voit sur le terrain la traduction de la politique voulue par le Gouvernement. (*Rires sur les bancs du groupe SRC.*) Je suis bien loin des interrogations de la gauche ou de certains traits négatifs qu'elle voudrait nous assener. Madame et monsieur les ministres, c'est une bonne politique que la vôtre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Christophe Sirugue. Point trop n'en faut!

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Madame la présidente, madame la ministre, monsieur le ministre, mes chers collègues...

M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Cela commence bien...

M. Jean Mallot. Je suis très heureux que vous nous ayez rejoints, monsieur le ministre, et je vous remercie de nous faire le plaisir de votre présence!

M. François Baroin, ministre du budget. Je ne voulais pas rater cela!

M. Jean Mallot. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est intéressant. On y trouve un peu de tout, mais le cœur du texte est bien camouflé, comme à son habitude, au sein de l'annexe B, qui présente les grands équilibres.

Les hypothèses économiques sur lesquelles elle est fondée sont particulièrement optimistes, mais assez fragiles : un taux de croissance du PIB en volume de 2,5% pour les années à venir et une augmentation de la masse salariale de 4,5 % glissants jusqu'en 2014. Vous avez déjà rectifié à deux reprises à 2 %, puis à 2,9 %.

Pour autant, et malgré la loi sur la réforme des retraites, vous annoncez des déficits qui perdurent, avec 22,7 milliards d'euros en 2011 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, contre 24,8 milliards en 2010. Le progrès est limité.

Malgré les transferts à la CADES – dont nous avons débattu hier – des déficits passés de l'ensemble de la sécurité sociale et des déficits à venir de la branche vieillesse, le total des déficits que vous nous annoncez pour les trois autres branches de la sécurité sociale entre 2011 et 2014 s'élève tout de même à près de 45 milliards d'euros. Monsieur le ministre, je vous ai interrogé à deux reprises sur ce point, mais vous ne m'avez toujours pas répondu sur vos intentions en la matière. Sans doute allez-vous de nouveau transférer ces déficits à la CADES. Je vous pose la question pour la troisième fois, j'espère que vous finirez par me répondre.

M. François Baroin, ministre du budget. Nous verrons!

M. Jean Mallot. De son côté, la rapporteure de la commission des finances a fait voter en commission un amendement intéressant, qui a été évoqué par plusieurs d'entre nous, et notamment par Daniel Garrigue : en augmentant de cinq points les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et de certains produits de placements, le rendement serait de plus de 5,4 milliards d'euros. Des solutions existent donc ! Je vous encourage vivement, chers collègues de l'UMP, à faire encore des efforts pour réduire les déficits!

Mme la rapporteure observe de façon pertinente qu'avec la fixation d'un ONDAM à 2,8 % – ou à 2,9 % – dans les années à venir, il ne restera qu'une marge de manœuvre infime en matière d'effort sur les dépenses. Il faut donc chercher des recettes : c'est ce que fait la rapporteure. Aussi, madame la ministre, monsieur le ministre, je vous pose la

question : qu'allez-vous conseiller à vos collègues UMP quant au vote de cet amendement ? Que va-t-il devenir en séance publique ? Pour notre part, nous le soutiendrons.

M. Bur a déclaré que l'ONDAM avait été respecté en 2010. C'est vrai, mais à quel prix ! En effet, 40 % des Français reportent des soins ou y renoncent pour des raisons financières.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est faux!

M. Jean Mallot. En 2008, 9 millions de Français se sont privés de soins par manque d'argent. Les dépenses de santé restant à la charge des assurés ont augmenté de moitié depuis une dizaine d'années. Le système est devenu plus inégalitaire et vous le savez.

Pour 2011, la progression de l'ONDAM est annoncée dans votre texte à 2,9 %. Mais elle doit se comparer à une croissance du PIB annoncée en volume à 2 % et à une inflation prévue à 1,5 %. La progression de l'ONDAM reste très en deçà de la progression du PIB en valeur.

S'agissant de l'hôpital, au sujet duquel M. Leonetti et M. Vitel ont eu tout à l'heure un échange intéressant, la Cour des comptes a publié, il y a deux mois, son rapport sur la situation financière des hôpitaux publics. La MECSS, que j'ai l'immense honneur et le plaisir de coprésider avec Pierre Morange, a rendu au mois de juin dernier un rapport sur l'hôpital public intitulé « Mieux gérer pour mieux soigner ». Tout un programme!

Je ne sais pas si les ministres concernés ont eu le temps de lire ce rapport, adopté à l'unanimité par la MECSS. En tout cas, ils n'ont pas trouvé le temps de répondre aux propositions formulées ni au diagnostic posé, alors que, pourtant, la loi leur en fait obligation. Notre débat permettra peut-être de réparer cette omission.

Nous savons que le déficit global des hôpitaux publics est réel, mais qu'il doit être relativisé, puisqu'il représente moins de 1 % du total de leurs budgets. Nous savons également que ce déficit est concentré sur un nombre limité d'établissements.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Un nombre restreint d'établissements.

M. Jean Mallot. Restreint, peut-être pas, mais en tout cas limité.

Le rapport de la MECSS formule des propositions pour améliorer la qualité du service et des soins, laquelle doit être l'objectif central des hôpitaux publics. Je voudrais évoquer quelques-unes de ces propositions.

L'une d'entre elles propose de fixer aux ARS des objectifs en matière d'amélioration de l'efficacité médico-économique des établissements. Une autre propose de confier aux ARS la mission de diffuser et de faire appliquer les guides des bonnes pratiques établis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements. Il serait intéressant de savoir ce que vous en pensez.

Par ailleurs, alors que nous savons que les personnels, dans toutes leurs composantes, constituent la principale richesse des hôpitaux publics, nous demandons que soit organisé le dialogue social sur les évolutions organisationnelles dans les établissements : le dialogue social manque cruellement dans bien des cas.

Pour conclure, j'aborderai en quelques phrases la tarification à l'activité...

M. Jean Leonetti. Déjà ?

M. Jean Mallot. Eh oui, cher collègue, j'ai peu de temps de parole! Vous aviez dix minutes, je n'en ai que cinq!

Outre la nécessité de doter tous les établissements d'un système de comptabilité analytique digne de ce nom, nous demandons que soit clarifié l'objectif de ce système de tarification : s'agit-il de refléter le coût réel des actes et des prestations? Mais alors, il faudrait sortir du carcan de l'enveloppe fermée. Ou bien s'agit-il d'orienter les activités hospitalières dans tel ou tel sens? Si oui, lequel et selon quelle politique?

Nous souhaitons que vous nous disiez ce que vous avez l'intention de faire pour que la T2A n'ait pas pour conséquence de réduire l'accessibilité aux soins et pour y voir plus clair sur la question des effets directs et indirects de la T2A sur l'activité des établissements et la qualité des soins. Nous voyons en effet comment le système incite les établissements, publics et privés, à choisir leurs patients, voire à optimiser le coût des actes. Le critère de rentabilité est tentant!

Enfin, en cohérence avec les remarques que je viens de faire, nous voulons renforcer, dans ce rapport de la MECSS, la rémunération de la qualité des soins au titre des MIGAC – les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Les réponses du Gouvernement sur les points que j'ai évoqués nous intéresseront beaucoup. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Jeanneteau.

M. Paul Jeanneteau. Madame la présidente, madame et monsieur les ministres, mes chers collègues, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoit un objectif de dépenses d'assurance maladie de 2,9 %. En cette période de rigueur budgétaire, il faut souligner que ce taux, bien au-delà de l'inflation, permet de conserver un système de protection sociale d'excellente qualité. Un tel ONDAM, qui prévoit une maîtrise médicalisée des dépenses, laisse en effet des marges de manœuvre importantes pour faire face à l'évolution des techniques médicales et des soins.

Par ailleurs, l'ONDAM médico-social de 3,8 % traduit un effort de solidarité important envers nos concitoyens handicapés, effort qui permet de réaliser les engagements pris par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap, en juin 2008. Ceux-ci prévoyaient la création de 38 000 places pour adultes handicapés et de 12 000 places pour enfants handicapés.

La rigueur budgétaire, nécessaire en ces temps de sortie de crise, n'empêche donc pas le Gouvernement de tenir ses engagements et de mettre en œuvre des mesures innovantes, notamment en matière de réinsertion professionnelle. En effet, l'article 44 du projet de loi prévoit d'instaurer un dispositif de retour à l'emploi des assurés en arrêt maladie de longue durée. Ils pourront désormais bénéficier d'une action courte de remobilisation vers l'emploi, afin d'enrayer le plus efficacement possible la désinsertion professionnelle, porte ouverte vers la désinsertion sociale. En tant que rapporteur des crédits de la mission « Handicap et dépendance » pour la loi de finances 2011, je me félicite que le Gouvernement crée ce dispositif pour éviter que des assurés ne se coupent du marché du travail.

Tout au long des auditions que j'ai menées, j'ai pu constater combien la prévention est essentielle en matière de désinsertion professionnelle.

M. Louis Giscard d'Estaing. C'est vrai!

M. Paul Jeanneteau. Mais une bonne prévention nécessite qu'une véritable cohérence s'établisse au profit du salarié entre les différents professionnels de santé. Des modalités

d'échanges doivent être mises en place localement, selon les cas, entre le médecin du travail, le médecin traitant, le médecin spécialiste et le médecin-conseil. C'est précisément ce que propose l'article 44.

D'autre part, un bon accompagnement du salarié doit lui permettre d'évoluer au sein même de son entreprise en adaptant ou en changeant son poste. Pour cela, il faut apporter une aide, non seulement aux salariés, mais aussi aux chefs d'entreprise. Et lorsque la mobilité au sein de l'entreprise n'est pas possible, la reconversion prend alors encore plus de sens et d'importance. Chaque année 200 000 personnes sont déclarées inaptes au travail et 120 000 sont licenciées pour ce motif. En mettant en place une politique d'accompagnement efficace, sur ces 200 000 personnes, 70 % pourraient être maintenues dans leur emploi, alors qu'aujourd'hui, seulement 20 000 rentrent dans un parcours de reconversion professionnelle.

Ce faible taux de reconversion peut s'expliquer notamment par la lourdeur du parcours administratif que doit affronter le salarié. Lorsqu'une personne devient handicapée à la suite d'une longue maladie, d'un accident du travail ou d'un accident de la vie, elle doit faire une demande de Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, d'Allocation adulte handicapé et se diriger vers Pôle emploi ou Cap emploi.

Le facteur psychologique est également fondamental. Bien souvent, cette personne craint le regard porté sur son état de santé et les éventuelles conséquences sur le déroulement de sa carrière professionnelle. L'accès aux actions d'évaluation, d'accompagnement et de formation professionnelle continue la rassurera et lui permettra d'accéder à de nouvelles compétences. La désinsertion professionnelle est un processus insidieux qu'il faut absolument prévenir. Le dispositif prévu à l'article 44 du PLFSS apporte une réponse adaptée et efficace à ce problème – mais ce ne doit pas être la seule réponse – qui va dans le sens d'une meilleure intégration des personnes handicapées au sein de l'entreprise et, de ce fait, au sein de notre société. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Pinville.

Mme Martine Pinville. La sécurité sociale me paraît être dans la tourmente. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du régime général dépasserait 23 milliards d'euros en 2010. Pour 2011, vous prévoyez un déficit, légèrement inférieur, de 21,4 milliards, mais au prix de prévisions pour le moins optimistes que nous avons du mal à croire, pour tout dire. Pour l'assurance maladie, ce déficit devrait tourner autour de 11,6 milliards d'euros et serait, quant à lui, en hausse. Et vous nous annoncez un plan d'économies de 2,4 milliards d'euros pour cette même assurance maladie. Or le déficit de la sécurité sociale va rester, l'an prochain, à un niveau très proche de son record de 2010. À 21,4 milliards d'euros, le besoin de financement du régime général sera réduit de moins de 2 milliards avec son cortège de pseudo-économies qui seront à la charge des assurés sociaux et des mutuelles.

Le déficit le plus abyssal est celui de l'assurance maladie, qui, l'an prochain, sera proche de ses niveaux records de 2004, à 11,6 milliards de déficit, comme je le disais précédemment.

M. Jean Mallot. Hélas!

M. Michel Issindou. Mais que fait le ministre?

Mme Martine Pinville. Cette situation financière est d'autant plus préoccupante que les dépenses de santé sont étonnamment sages. Pour la première fois depuis plus de dix ans, l'objectif fixé par la loi de 2010 pourrait être strictement

respecté. En 2011, ces dépenses devraient augmenter de 2,9 %, la progression la plus faible depuis 1999. Votre gestion de la sécurité sociale se révèle désastreuse...

M. Michel Issindou. Voilà le mot juste!

Mme Martine Pinville. ...puisque le déficit ne cesse de se creuser. Et je ne reviendrai pas sur le financement de la dette sociale et de la CADES!

Pour 2011, les réponses apportées sont, une fois encore, les mêmes que les années précédentes : faire payer les malades à travers de nouveaux déremboursements.

M. Christophe Sirugue. Les vieilles ficelles!

Mme Martine Pinville. Après les franchises médicales et la hausse du forfait hospitalier, arrive cette année la baisse du remboursement des médicaments à vignette bleue, qui passe de 35 à 30 %, ainsi que la hausse du seuil de la contribution de 18 euros, le seuil passant de 91 euros, depuis 1992, à 120 euros.

J'évoquerai également les affections de longue durée, pour lesquelles les frais de transport ne seront plus systématiquement remboursés à 100 %. Pour les diabétiques, le remboursement des bandelettes d'autotest de glycémie sera limité. Enfin, les patients atteints d'hypertension bénigne ne seront plus pris en charge à 100 %.

M. Michel Issindou. Et la prévention ?

Mme Martine Pinville. Ce ne sont pas des mesures responsables en matière de santé publique, car elles organisent l'exclusion des soins des populations déjà fragilisées.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Vous plaisantez ! Ce n'est pas sérieux !

Mme Martine Pinville. Ainsi, alors que les dépenses de santé à la charge des Français ont augmenté de plus de 50 % depuis 2002 et que 40 % des Français renoncent à des soins ou les diffèrent, vous adoptez des mesures qui vont aggraver la situation.

M. Jean Mallot. Exactement!

M. Christophe Sirugue. C'est grave!

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce sont des mensonges!

Mme Martine Pinville. En transférant une part croissante de la prise en charge sur les complémentaires « santé », dont le coût va s'accroître, vous pénalisez les ménages modestes et ceux de la classe moyenne.

M. Christophe Sirugue. Eh oui!

Mme Martine Pinville. Ces dispositions alourdissent les transferts de charges vers les mutuelles, les obligeant ainsi à augmenter leurs tarifs. En effet, la taxe de 3,5 % prévue dans le projet de loi de finances sur les contrats solidaires et responsables et la taxe, qui a augmenté en 2010, destinée à financer la couverture maladie universelle aboutissent à une ponction de 9,4 %. Au risque de vous surprendre, la santé va donc être plus lourdement imposée qu'un hamburger, lequel est taxé à 5,5 %, comme le déclarait récemment le président de la MGEN, Thierry Beaudet.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Quelle caricature!

Mme Martine Pinville. Avouez que c'est impensable!

Si les mutuelles répercutaient l'ensemble des hausses, elles devraient augmenter les cotisations de 7 à 8 %.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. C'est faux!

Mme Martine Pinville. La bonne santé de la plupart des mutuelles leur permettra probablement de limiter la hausse à 4 %. Mais les Français doivent savoir que, lorsqu'ils verseront 100 euros pour leur complémentaire, près de 10 euros partiront en taxe. En fait, la sécurité sociale s'éloigne de ses principes initiaux de solidarité. Si l'on fait abstraction des ALD et de la CMU, aujourd'hui, 80 % des Français ne sont plus remboursés par la sécurité sociale qu'un euro pour deux dépensés. En organisant le transfert au privé du financement et des responsabilités, ce sont les valeurs fondatrices de la sécurité sociale où chacun cotise suivant ses moyens, pour recevoir suivant ses besoins, qui sont remises en cause.

M. Christophe Sirugue. C'est le projet!

Mme Martine Pinville. Vous poursuivez un mouvement inexorable de réduction de la place de l'assurance maladie au profit d'organismes complémentaires et vous ouvrez la voie à la privatisation du système de santé avec la sélection des risques et des patients. Ce seront les assurés qui paieront l'addition ! Le pouvoir d'achat des ménages en sera encore une fois affecté.

Mme la présidente. Votre temps de parole est épuisé, ma chère collègue!

Mme Martine Pinville. Je conclus, madame la présidente.

Alors que près de huit millions de ménages vivent en dessous du seuil de pauvreté, dont un tiers de familles monoparentales, il apparaît urgent de maintenir et de renforcer une sécurité sociale solidaire.

Ces mesures ne répondent en rien aux défis posés par l'émergence d'un nouveau système de santé et de sécurité sociale au service de l'ensemble de la population. (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Heinrich.

M. Michel Heinrich. Nous sommes amenés à nous prononcer, ce soir, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, budget de 426 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, donc bien supérieur à celui de l'État. La crise économique, chacun le sait, a fortement impacté les comptes du régime général et la baisse de la masse salariale en 2009, pour la première fois depuis la création de la sécurité sociale, a fait passer le déficit de 10 milliards en 2008 à 20 milliards en 2009. Pour 2010, l'évolution de la masse salariale à plus de 2 % supérieure à l'estimation initiale, qui était de 0,4 %, a amélioré de 3,2 milliards le solde du régime général par rapport à l'estimation de départ. Pour 2011, le Gouvernement a retenu une évolution de 2 % de la masse salariale avec un PIB en évolution de deux points pour afficher un ONDAM à 2,9 % – 2,8 % pour les soins de ville et établissements de santé et 3,8 % pour le médico-social – ce qui, dans le contexte économique que nous connaissons, est un effort conséquent et très satisfaisant.

La réforme menée dans le cadre de la loi portant sur les retraites et du PLFSS pour 2011, agissant à la fois sur les dépenses et les recettes, permettra de réduire très sensiblement le déficit en le ramenant à 21,4 milliards, ce qui est encore très important.

M. Michel Issindou. Cela fait beaucoup!

M. Michel Heinrich. La stratégie de réduction des niches fiscales, à hauteur de 10 milliards, bénéficie très largement à la sécurité sociale puisque 7 milliards sont affectés à son financement. Le débat que nous avons eu hier soir concernant

la CADES montre combien il sera nécessaire de trouver, à l'avenir, des ressources nouvelles pour financer la protection sociale.

Ainsi, monsieur le ministre du budget, il me paraît indispensable de réfléchir à d'autres sources de financement. Pourquoi ne pas étudier, notamment, la piste de l'augmentation de la TVA – que l'on appellera comme on voudra – tout en l'assortissant d'un allègement de cotisations salariales, ce qui aurait pour intérêt de taxer les importations ?

Concernant la maîtrise de la dépense, de nombreux efforts sont consentis d'année en année, mais il reste encore à faire, s'agissant, notamment, du parcours de soins. Dans ce cadre, l'ARS et la Caisse primaire d'assurance maladie ont un gros travail à réaliser et doivent se coordonner.

Enfin, madame la ministre, je suis souvent interpellé par mes concitoyens concernant la problématique du secteur 2, qui devient une barrière à l'accès aux soins...

M. Jean Mallot. Voilà !

M. Michel Heinrich. ...car les praticiens sont de plus en plus nombreux à oublier de pratiquer le dépassement avec tact et mesure. La loi HPST a prévu un secteur optionnel. Pourriez-vous nous dire où nous en sommes dans la mise en place de ce dispositif et ce qui est prévu pour lutter contre ces abus ?

M. Jean Mallot. Bonne question !

M. Michel Heinrich. J'espère obtenir une réponse à ces questions. Je tiens toutefois à affirmer que je voterai naturellement ce PLFSS. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Yves Bur a dit, reprenant l'hymne au sacrifice de Churchill, qu'il allait annoncer « du sang, de la sueur et des larmes ». Il est vrai que de nombreux Français, parmi les plus défavorisés, sont quasiment déshydratés !

M. Bernard Perrut. Vous exagérez !

M. Michel Liebgott. Depuis maintenant quelques années, ils paient les pots cassés. Les plus défavorisés – ceux dont le revenu imposable s'élève à moins de 1 500 euros, environ 36 %, et les bénéficiaires de la CMU, 38 % – ont renoncé à des soins.

Face à la dérive des comptes sociaux, vous nous proposez, une fois de plus, comme chaque année, un certain nombre de mesurées. Vous vous opposez, effectivement, à une refonte globale des prélèvements sociaux...

M. Michel Issindou. On verra plus tard !

M. Michel Liebgott. ...ce qui serait pourtant conforme aux exigences d'efficacité, de justice et de progressivité. Ce serait, en quelque sorte, un grand soir fiscal, mais ce n'est ni votre objectif ni votre tradition. Vous avez pourtant, depuis l'élection du Président de la République, Nicolas Sarkozy, distribué à peu près 40 milliards aux plus privilégiés de notre pays ! Nous pensons qu'une tout autre politique est aujourd'hui nécessaire. Il faut, sans doute, mettre en place un grand impôt sur le revenu prélevé à la source et taxer toutes les formes d'enrichissement : patrimoine ; transferts divers ; taxation des banques ; suppression du bouclier fiscal ; suppression de l'exonération des heures supplémentaires,...

M. Michel Issindou. De la sueur et des larmes !

M. Michel Liebgott. ...laquelle n'est plus justifiée ; augmentation des contributions sur les stock-options ; enfin, remise en cause de la TVA à taux réduit sur la restauration, qui, vous

le savez, coûte cher, mais n'a pas créé le moindre emploi et n'a pas bénéficié aux consommateurs. Il convient également d'agir sur les dépenses : meilleure contribution de l'industrie pharmaceutique, peu sollicitée ; négociation d'un nouveau contrat avec les professions médicales pour favoriser des pratiques plus innovantes et plus responsables ; évolution du mode de rémunération des médecins, ce qui a été également évoqué sur les bancs de la majorité ; lutte contre les dépassements d'honoraires, en particulier dans les grandes villes, où l'on est parfois plus exigeant s'agissant de la restriction des parcours coordonnés et où l'on fait, par exemple, payer la consultation chez un dermatologue à hauteur de 50 % à la personne qui n'est pas passée par son médecin traitant, alors que d'autres pratiquent allégrement les dépassements ; remise à plat du maquis tarifaire que le PLFSS, que vous allez sans doute adopter, accroît ; enfin, renforcement, beaucoup l'ont dit et j'y insiste, des actions de prévention dans les délais pour éviter les soins les plus coûteux et, en particulier, les hospitalisations parfois injustifiées.

Nous sommes opposés à certaines mesures contenues dans ce PLFSS. C'est l'exemple de la taxe de 3,5 % sur les contrats responsables et solidaires qui augmentera évidemment le coût des mutuelles, sachant qu'aujourd'hui, beaucoup de soins courants ne sont remboursés qu'à hauteur de 55 %. Sans les mutuelles, des personnes ne peuvent se soigner dans des conditions satisfaisantes, sauf à se faire hospitaliser, mais on ne recourt heureusement pas immédiatement à l'hôpital.

Nous refusons également, parce que c'est chaque année devenu une habitude, les augmentations de médicaments, avec la baisse de remboursement de 35 à 30 % des médicaments à vignette bleue. Cela paraît peu, mais les plus défavorisés sont encore une fois touchés !

Nous refusons aussi la hausse du seuil de la contribution de 18 euros sur les actes hospitaliers qui passera à 120 euros. Cela paraît peu, mais c'est énorme pour les petits revenus !

Nous sommes également, vous l'imaginez bien, contre le durcissement de la prise en charge des ALD.

Nous sommes une fois de plus obligés de constater qu'il y a encore d'immenses inégalités dans l'accès aux soins, pour les IRM par exemple. Certaines régions sont bien dotées, d'autres non, avec un rapport parfois de un à deux. Ainsi, les Pays de la Loire en ont 456 en cancérologie, la région parisienne 970.

Encore plus regrettable, ces mesures inégalitaires concernent également la branche famille, qui, pourtant, aurait pu être épargnée car les sommes récupérées sont dérisoires. Ainsi en est-il de la suppression avec effet rétroactif de l'APL mais également du versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant dans le mois qui suit la naissance et non plus à compter du jour de la naissance, tout cela pour très peu de millions alors que ce sont une fois de plus les plus défavorisés qui sont pénalisés : 13 % des Français vivent en dessous du seuil de pauvreté et ce sont une fois de plus ces familles qui seront touchées, en particulier les familles monoparentales, qui ont besoin de l'APL et de la prestation d'accueil du jeune enfant. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Guy Malherbe.

M. Guy Malherbe. Madame la ministre, je voudrais appeler votre attention sur l'économie des officines de pharmacie.

La pharmacie d'officine va mal, les trésoreries et les comptes virent au rouge, les faillites et les fermetures se multiplient, les perspectives ne sont pas réjouissantes. Ce ne sont pas les syndicats qui tirent la sonnette d'alarme, ce sont les organismes de notation comme la COFACE. Ils pointent

une explosion inquiétante des défaillances économiques. Jusqu'en 2006, on comptait une quarantaine de défaillances par an. L'an dernier, elles se sont élevées à plus de 120 et, cette année, elles devraient atteindre près de 200. Nous ne sommes plus sur des chiffres ou des impressions portés par la profession, ce sont des constats faits par les agences de notation financières. Les banquiers ont bien compris, eux aussi, car ils financent de plus en plus difficilement l'officine de pharmacie et l'installation des jeunes pharmaciens. C'est une situation inédite, qui nécessite des mesures urgentes.

Tous les plans médicament ont laissé des traces sur l'économie de la pharmacie depuis 2005. Cette rupture, constatée en 2005, conduit aux difficultés économiques du réseau que nous connaissons aujourd'hui. L'année 2010 sera encore difficile pour nombre de pharmaciens, et la situation risque de s'aggraver en 2011 car les économies de 7,2 milliards d'euros attendus sur l'ONDAM porteront sur les médicaments, les produits de santé et les dispositifs médicaux et auront évidemment un impact sur l'économie de l'officine.

De plus, la crise a généré de nouveaux comportements chez les patients, et les contrats d'amélioration des pratiques individuelles, les CAPI, signés entre les médecins et l'assurance maladie vont jouer un grand rôle dans la diminution du nombre de consultations et de médicaments prescrits par ordonnance.

En créant au printemps dernier un groupe de travail pour faire évoluer le mode de rémunération, vous aviez montré que le Gouvernement était conscient du problème. Vous aviez jugé à l'époque impératif d'adapter le modèle économique de l'officine à un marché du médicament structurellement moins dynamique qu'auparavant. Vous aviez prévenu que les conclusions du groupe de travail figureraient dans les prochains PLFSS, et donc dans celui dont nous débattons en ce moment. Or il n'en est rien en dépit des différentes réunions de travail qui ont eu lieu entre les organisations professionnelles, vos services et ceux de la sécurité sociale durant l'été et encore ces derniers jours.

Pourtant, le temps presse et les officinaux attendent des mesures concrètes. Ils vous ont fait des propositions, avec quelques différences selon les organisations professionnelles, mais à partir d'un constat unanime : le modèle actuel de la marge dégressive lissée, dispositif négocié en 1999, n'est plus adapté, il faut rapidement remettre à plat la rémunération de l'officine de pharmacie. Nous devons donc prendre des mesures rapides sans attendre l'arrivée des services et des missions prévues par la loi HPST. Le temps que nous ayons les décrets, il risque d'être trop tard.

Le plan de revalorisation que vous avez présenté le 25 octobre ne donne pas, hélas, entièrement satisfaction à la profession. Ces mesures sont-elles encore discutables ou tout le paquet est-il déjà ficelé ? S'il reste des points à discuter, quel est le calendrier des négociations ? À quelle échéance pouvons-nous avoir l'espoir d'aboutir ?

Il est en tout cas un point de ce plan qui me paraît extrêmement osé, c'est la prise en compte de la réforme de la taxe professionnelle, qui n'a rien à faire dans ce plan. Ce serait bien la seule profession à qui l'on imputerait le bénéfice de cette grande réforme, dont le but était justement de donner de la marge aux entreprises. De plus, le chiffre, 60 millions, est douteux, et resterait à démontrer.

Il y a urgence à sécuriser l'économie des officines de pharmacie car les 22 000 officines réparties sur le territoire français sont un maillon très fort de notre système de santé. Elles constituent un réseau de santé unique en Europe et reconnu comme tel par l'Europe.

Notre responsabilité est de faire en sorte que ce réseau soit économiquement viable afin que chaque Français continue de disposer d'un accès à la santé simple, durable et déontologiquement irréprochable. Quel réseau de santé de proximité pourrait être viable sans être rentable ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Valérie Fourneyron.

Mme Valérie Fourneyron. Mon intervention, madame la ministre, portera principalement sur l'hôpital.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Je m'en doutais un peu !

Mme Valérie Fourneyron. Il est désolant de devoir faire année après année le même constat. Il est désolant d'avoir le sentiment que vous persistez à considérer l'hôpital comme un centre de coûts avant un centre de soins.

On nous répète que 2012 sera l'année du retour à l'équilibre financier des établissements, et qu'importe si l'ONDAM diminue. Si nous nous en tenions au discours officiel, nous serions rassurés. La situation financière des établissements de santé s'est très significativement améliorée, avez-vous dit. Leurs comptes, qui avaient connu une lente dégradation jusqu'en 2007, ont montré en 2008 une inversion de tendance. Les chiffres pour 2009 confirment cette tendance à l'amélioration et 67 % des établissements présenteront des comptes à l'équilibre ou en excédent à la clôture des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur. C'est très bien !

Mme Valérie Fourneyron. Restent les CHR et les CHU, qui concentrent l'essentiel du déficit, mais le discours s'arrête là.

M. Yves Bur, rapporteur. Ils doivent se réformer !

Mme Valérie Fourneyron. Or ce sont dans ces établissements-là, pas uniquement mais principalement, que le mal-être est le plus lourd. Ce sont dans ces établissements que les promesses en échange de toujours plus de sacrifices ne passent plus.

Les difficultés de l'hôpital public ne sont pas sans lien avec la mauvaise répartition de la médecine de proximité : les visites aux urgences se sont multipliées, provoquant la saturation que l'on connaît. Dans une période où le reste à charge est toujours trop élevé, l'hôpital reste en effet le lieu où tout le monde peut se faire soigner. C'est notre richesse collective, notre solidarité collective.

On peut, on doit même améliorer fortement l'efficacité et la qualité de la prise en charge grâce à une meilleure intégration de l'hôpital dans le parcours de santé, dans le parcours de soin, grâce au codage des actes, à la chirurgie ambulatoire, à la consommation pharmaceutique, c'est indéniable, mais les difficultés de l'hôpital public sont dues avant tout à la pénurie humaine et financière dans laquelle vous le plongez depuis plusieurs années.

L'hôpital doit être efficace et bien géré, avec pour objectif principal la qualité et la sécurité des soins. Les personnels hospitaliers ne disent pas autre chose. Ils se sont engagés dans des efforts de restructuration et de modernisation constants, avec l'espoir qu'en retour, leurs établissements auraient les moyens de fonctionner correctement et de répondre aux besoins de leurs patients.

Cet espoir, cela fait des années qu'il s'use. Les suppressions de postes, qui sont de plus en plus lourdes à supporter, ne s'accompagnent que trop rarement d'investissements structurels. L'un de mes collègues se réjouissait tout à l'heure d'avoir vu poser une première pierre chez lui, j'attends

toujours en ce qui me concerne. Les CHU et CHR sont en flux tendu, les conditions de travail sont de plus en plus dures, et deux rapports au moins, celui de la Haute autorité de santé et celui du médiateur de la République, ont souligné à quel point, malheureusement, la relation entre patient et soignant se dégradait dans les hôpitaux, faute de temps.

Dans ce PLFSS, vous organisez le déficit de l'hôpital. La T2A à 100 % montre ses limites, ses dérives – choix des patients – sont connues et dénoncées depuis longtemps, sur nos bancs, mais pas seulement. Vous gélez massivement les dotations des MIGAC, alors que nombreux sont les établissements dont l'enveloppe est sous-dotée. Vous poursuivez le processus de convergence ciblée des tarifs publics avec ceux du privé, au mépris de la différence structurelle évidente de coûts. Vous tardez, sans doute involontairement, à attribuer les crédits du plan Hôpital 2012 en deuxième tranche, pourtant très attendus par les établissements et leurs personnels.

Les Français, qui font confiance à l'hôpital, attendent que vous le confortiez dans ses missions de service public,...

M. Yves Bur, rapporteur. Sans rien changer ?

Mme Valérie Fourneyron. ...et que des objectifs de santé publique priment sur la logique de comptabilité et de rentabilité.

Ils attendent du Gouvernement qu'il investisse dans l'excellence de la prise en charge, dans la recherche et l'innovation, dans l'hôpital de demain.

M. Yves Bur, rapporteur. Toujours plus !

Mme Valérie Fourneyron. Or l'hôpital participe pour une trop grosse part à la réduction du déficit de l'assurance maladie, au prix de la santé des patients et de l'épanouissement professionnel de ceux qui les soignent jour et nuit. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Proriol.

M. Jean Proriol. Madame la présidente, madame, monsieur les ministres, mes chers collègues, la loi HPST du 21 juillet 2009 a conforté le rôle essentiel des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Les établissements privés partagent avec les établissements publics les missions cliniques et sociales comme la permanence des soins ou l'accès à l'aide sociale. La mise en place du RSA, s'ajoutant au financement du RMI, des APA, des AAH, des ASPA, menace l'équilibre budgétaire des départements les plus pauvres.

Les présidents de conseil général ont informé les responsables des EHPAD publics ou privés de leurs grandes difficultés, leur demandant de bloquer toutes évolutions dans la préparation de leur budget 2011, tant en fonctionnement qu'en investissement, en attendant des jours meilleurs. Présidant un EHPAD, je puis attester que leur situation est extrêmement tendue, pour l'évolution des carrières des personnels mais également en raison des difficultés que rencontrent les résidents.

Après ce préambule, je souhaite soulever quelques problèmes ponctuels de nos établissements, et d'abord celui du coût des médicaments et molécules onéreux, des dispositifs médicaux et des appareillages lourds qui sont nécessaires.

Ce coût étant pris en compte dans leur dotation globale, ils risquent de ne pas pouvoir résister financièrement. Dans l'établissement de ma commune, celui que je connais le mieux, la dotation de soins pour y faire face est de 2,32 euros par résident et par jour. Cela ne permet pas d'assumer les traitements lourds, et conduit parfois à refuser

l'admission de certains patients devenus « trop chers », qui la font exploser, comme lorsque la location d'une pompe à morphine est de 500 euros par mois pour le traitement quotidien d'une seule patiente.

Il me semble tout à fait nécessaire de créer une sous-dotation annuelle supplémentaire, qui prendrait en compte le prix hors normes de spécialités pharmaceutiques mais aussi l'achat ou la location de dispositifs médicaux et d'appareillages dont la liste pourrait être fixée par décret.

Depuis 2009 d'ailleurs, a été menée une expérimentation de modulation des dotations financières en fonction d'indicateurs médico-économiques, mais, jusqu'à présent, aucune perspective ne se dessine. Une autre option serait peut-être d'envisager des ententes préalables, sur avis médical appuyé, donnant accès à des financements individualisés.

Il faut rappeler que l'assurance maladie prend entièrement en charge la personne en hospitalisation à domicile, avec l'assistance d'infirmiers libéraux plusieurs fois par jour. La solution doit être pragmatique, en maintenant le service de santé pour tous.

J'aborderai à présent les écarts de coûts importants existant entre établissements malgré le principe de convergence tarifaire, en raison des multiples obligations légales et réglementaires.

Si, pour les maisons de retraite, les tarifs plafonds sont identiques entre secteur public et secteur privé, à l'inverse ils divergent nettement entre les établissements hospitaliers. L'IGAS cite même un écart de 4,15 % entre les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui ne payent pas un certain nombre de taxes, dont la TVA, et les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs, qui ont des charges sociales et fiscales plus lourdes.

Il serait donc souhaitable d'appliquer des coefficients correcteurs, mesure qui s'inscrirait d'ailleurs dans la préparation de la réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile.

Ma dernière remarque a trait aux difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation des actes. Le problème n'est pas encore réglé.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Cela s'améliore !

M. Jean Proriol. Il arrive de plus en plus que, quoique de bonne foi, des centres hospitaliers soient sanctionnés par les agences régionales de santé en cas d'erreur à la suite de difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation, alors même que ces erreurs n'ont pas été résolues par l'assurance maladie.

Il semblerait normal que l'établissement ne soit pas sanctionné s'il a contesté une notification d'indus et si la créance de l'assurance maladie n'est pas devenue définitive.

Je ne doute pas, madame la ministre, que vous m'ayez écouté (*Rires sur les bancs du groupe SRC*), et que ces questions, notamment celles liées aux EHPAD, soient au cœur de vos préoccupations. J'attends impatiemment votre réponse à mes amendements. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Sylvia Pinel.

Mme Sylvia Pinel. Madame la ministre, monsieur le ministre, mes chers collègues, j'associe à mon intervention l'ensemble des députés radicaux de gauche et apparentés, en particulier ma collègue Dominique Orliac.

Avec ce PLFSS, nous assistons à une volonté politique clairement affirmée de remise en cause des solidarités collectives au profit des garanties individuelles et du retour du « chacun pour soi ». Quel recul!

M. Yves Bur, rapporteur. Où cela? Nous n'avons pas lu le même texte!

Mme Sylvia Pinel. Recul que traduit bien évidemment la réforme des retraites, recul que traduit aussi ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 avec la multiplication des déremboursements de l'assurance maladie, le rôle et les prix croissants des assurances privées, la baisse de la prise en charge dans l'accès aux soins... Comme pour les retraites, l'argument comptable fait figure de réponse à tout.

Quand le Gouvernement affiche pour 2011 un plan d'économies, les spécialistes pensent qu'au mieux ce plan permettra de contenir le déficit du régime général de 2011 au même niveau qu'en 2010. C'est un déficit chronique que nous sommes en train de léguer à nos enfants. Et pour la seule assurance maladie, ce déficit devrait même s'accroître pour se situer en 2011 autour de 12 milliards d'euros. Bien évidemment, et comme chaque année, les prévisions du Gouvernement sont exagérément optimistes.

M. Guy Lefrand. Non, elles sont réalistes!

Mme Sylvia Pinel. Madame la ministre, vous souhaitiez faire de 2011 l'année des patients et de leurs droits. À la lecture de ce PLFSS, il semble qu'elle se présente plutôt comme l'année des sacrifices pour les malades, puisque, une nouvelle fois, ce sont eux qui paieront, à travers de nouveaux déremboursements de l'assurance maladie ainsi que la nouvelle taxe de 3,5 % sur les contrats responsables, qui, ajoutée à la hausse des dépenses de santé, obligera les mutuelles à augmenter leurs cotisations.

M. Yves Bur, rapporteur. Elles ont des réserves!

Mme Sylvia Pinel. Cette année, vous introduisez la baisse du remboursement des médicaments au service médical rendu, ceux à vignette bleue, leur taux de remboursement devant passer de 35 % à 30 %.

Et comme si cela ne suffisait pas, une autre mise à contribution des malades concerne l'hôpital, avec le relèvement de 91 à 120 euros du seuil au-delà duquel le patient s'acquitte d'un forfait aujourd'hui établi à dix-huit euros.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cela fait vingt ans qu'il n'a pas bougé!

Mme Sylvia Pinel. C'est donc cette année encore la même logique qui se confirme : faire des économies au détriment des patients.

Mes chers collègues, les dépenses de santé à la charge des Français ont augmenté de plus de 50 % depuis 2001. Désormais, 40 % de nos concitoyens déclarent renoncer à des soins ou préfèrent les remettre à plus tard. Où est le progrès social? Surtout, le présent PLFSS ne fera qu'aggraver la situation, au premier chef pour les Français les plus modestes. Les inégalités devant la santé et l'accès aux soins se creusent une fois de plus. Les fractures sociales et territoriales s'aggravent au point que les fondations de notre système de santé vacillent.

Pourquoi poursuivre sur la voie de la taxation des plus démunis? Pourquoi ne pas prendre les mesures qui s'imposent? Comment inverser la tendance et espérer amorcer un redressement des comptes de la sécurité sociale sans hausse des prélèvements obligatoires? Un récent sondage montre que 55 % des Français seraient prêts à payer plus d'impôts pour éviter les déremboursements.

M. Yves Bur, rapporteur. Surtout ceux qui ne paient pas d'impôts!

Mme Sylvia Pinel. Ici aussi, c'est une question de justice sociale. Il n'est désormais plus possible d'exclure a priori toute augmentation des prélèvements sociaux. Pourquoi ne pas augmenter les recettes et agir sur la politique de santé en même temps? On sait combien la fiscalité peut être une incitation puissante pour changer les comportements et, en l'occurrence, améliorer la santé des Français.

Par exemple, la plupart des mesures d'économies sur le médicament sont de fausses bonnes pistes puisque les mutuelles et les assurances complémentaires ont indiqué qu'elles ne compenseraient pas automatiquement le différentiel de remboursement des produits à SMR faible ou insuffisant. Ce serait une réelle rupture de l'égalité des patients dans l'accès aux médicaments.

Par ailleurs, je crois qu'il est grand temps d'en finir avec des mesures sporadiques, sans cohérence, qui se succèdent année après année en se neutralisant. On ne peut plus continuer à modifier le panier de soins remboursables; il nous faut moderniser en profondeur les procédures d'admission au remboursement.

Pourquoi ne pas envisager un remboursement en fonction de la pathologie? Ce serait enfin mettre le malade au cœur de la logique de la prise en charge. Ce serait une décision forte pour mettre enfin les actes en accord avec les discours.

Avant de conclure, madame la ministre, je voudrais souligner que ce PLFSS traduit un manque de considération et de moyens pour les étudiants et les enseignants de médecine générale. La situation de cette discipline explique les problèmes de démographie médicale que connaît notre pays. On est encore très loin des chiffres annoncés dans la loi HPST concernant la création de postes d'enseignants de médecine générale.

Madame la ministre, monsieur le ministre, vous l'aurez compris, les députés radicaux de gauche et apparentés n'approuveront pas ce PLFSS. (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Madame la ministre, monsieur le ministre, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, je voudrais tout d'abord saluer le sens des responsabilités de ce gouvernement qui, par le vote de cet après-midi sur la réforme des retraites, s'est attaché, en dépit des difficultés, à résoudre le problème du déficit de la branche vieillesse. (*Exclamations sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

M. Bernard Perrut. Très bien!

M. Dominique Tian. Cependant, il faut maintenant s'attaquer à la pérennité du régime général de sécurité sociale, dont je rappelle que le déficit le plus important est celui de la branche maladie, de 13 milliards d'euros. Je rappelle également que, sur dix euros de prestation versés par le régime général, près d'un euro n'est actuellement pas financé.

M. Louis Giscard d'Estaing. C'est exact!

M. Dominique Tian. La question du déficit de l'assurance maladie ne pourra indéfiniment être traitée avec des rustines, des mesures éparées ressenties avec une amertume croissante par les acteurs visés, pour des rendements quelquefois relativement faibles et frappant essentiellement les salariés du privé qui constituent les classes moyennes de notre pays.

Je pense notamment au doublement des taux de contribution sur les retraites chapeaux, ainsi qu'à l'article 16, qui vise à assujettir à cotisation sociale les sommes et avantages versés à des salariés par des tiers à l'employeur habituel. Il s'agit essentiellement d'employés de grandes surfaces, d'agences de voyages ou de compagnies aériennes. C'est une disposition qui rapporterait au mieux 70 millions d'euros, dit-on, mais qui concerne par contre des milliers de salariés.

Cela donne le sentiment que ce sont toujours les mêmes qui sont mis à contribution, année après année, notamment au titre des avantages en nature. Et l'amendement de notre rapporteur Yves Bur, qui veut taxer le montant des indemnités de fin de carrière ou de licenciement au delà de 103 000 euros, contribue hélas à renforcer ce sentiment. D'ores et déjà, les syndicats UNAC et UNPL d'Air France ont déposé un préavis de grève à ce sujet pour les 6 et 7 novembre, ce qui prouve qu'ils suivent les travaux de l'Assemblée nationale.

Mme Martine Billard. Il ne faut pas s'en plaindre !

M. Dominique Tian. Pour les entreprises, on ne peut qu'être inquiet également de l'annualisation du calcul des allègements généraux de charges sociales issus des allègements Fillon, qui risque de pénaliser les entreprises de main-d'œuvre.

Quant à l'augmentation du taux de forfait social prévu à l'article 13 sur l'intéressement et la participation, qui passe de 4 % à 6 %, je vous avais prédit l'année dernière cette augmentation, et je suis malheureusement assuré que ce taux passera à 8 % l'année prochaine, décourageant ainsi les chefs d'entreprise d'associer les salariés aux résultats, ce qui est extrêmement dommage.

Au titre des recettes nouvelles, on en est même à traquer certains abattements accordés au titre des frais professionnels pour récupérer – tenez-vous bien – 25 millions d'euros. C'est l'article 15.

Dans ce contexte, il faut d'urgence s'attaquer aux dépenses, comme l'a proposé la MECSS, et prendre dès à présent des mesures structurantes, notamment dans les hôpitaux, à commencer par l'accélération de la mise en œuvre d'un tarif unique entre les établissements de santé publics et privés. L'année dernière, l'harmonisation de seulement trente-cinq groupes homogènes de séjour – les GHS – a pourtant rapporté 165 millions d'euros. Pourquoi, cette année, se contente-t-on de reproduire à l'identique cet effort ?

Lorsque nous observons nos voisins européens, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, on a l'impression que la France est la seule à ne pas avoir pris conscience de la nécessité de mieux structurer son système de santé et donc d'améliorer sa régulation. Certaines comparaisons donnent même le vertige. Ainsi, l'assurance maladie allemande s'autorise un excédent cumulé de 3,5 milliards, alors que son homologue française plonge dans un déficit abyssal cumulé de 67 milliards.

Pourquoi ne pas tenir compte des recommandations de la Cour des comptes, qui rappelle cette année encore que les dépenses doivent être maîtrisées et indique que des marges d'économie existent, par exemple dans la gestion des hôpitaux, dont la Cour signale le manque de fiabilité persistant des comptes ? Les efforts de redressement paraissent lents, et les plans ou contrats de retour à l'équilibre restent mal suivis.

M. Jean Mallot. Vous ne voterez donc pas le texte !

M. Dominique Tian. Cher collègue, je suis pour le texte. (*Rires sur divers bancs.*)

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous commençons à avoir peur !

M. Dominique Tian. Des marges d'économie existent dans les dépenses de gestion. L'examen de l'organisation et de la gestion du système d'information de la branche maladie met en évidence un défaut de pilotage stratégique de la CNAM, dont la Cour évoque l'éparpillement de ses 2 000 informaticiens sur cinquante sites différents et surtout l'absence de personnel qualifié en la matière.

La Cour des comptes évoque enfin que la mise en œuvre plus qu'effective de la lutte contre la fraude permettrait des économies réelles, qu'elle estime à 3 milliards d'euros par an.

Mme Martine Billard. Comme les stock-options !

M. Dominique Tian. C'est la Cour des comptes qui le dit.

Je me félicite que la MECSS ait engagé des travaux sur la lutte contre la fraude sociale. Peut-être, mes chers collègues, verrons-nous un jour une carte vitale sécurisée, ou même la naissance du DMP, après avoir dépensé des millions d'euros pour le mettre en place.

Avant de conclure, je voudrais emprunter quelques réflexions à un spécialiste bien connu, Jean de Kervasdoué, ancien directeur des hôpitaux, et plutôt à gauche, je crois, qui, dans un article du *Monde* du 5 octobre, a déclaré : « Notre système est le plus cher du monde. Il a dépassé l'Allemagne et la Suisse, qui, eux, n'ont pas accumulé de dettes. Nous savons pourquoi ce système est cher : trop d'hospitalisations, trop d'hôpitaux, trop de médicaments, trop d'actes faits et refaits. »

M. Jean Mallot. Trop de malades !

M. Yves Bur, rapporteur. Trop de cliniques ?

M. Dominique Tian. « Si la France prenait exemple sur le pays où l'on vit le plus vieux au monde, le Japon, elle consacrerait 50 milliards d'euros de moins à ses dépenses de santé. »

Je fais la même constatation que mon collègue Yves Bur : il s'agit d'un PLFSS de convalescence, dont je note avec satisfaction qu'il va dans la bonne direction puisque nous allons économiser 2,5 milliards d'euros cette année, ce qui est un signe encourageant. Ainsi, je voterai ce PLFSS. (*Rires sur divers bancs.*)

M. Yves Bur, rapporteur. C'est du contorsionnisme !

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Massat.

Mme Frédérique Massat. Madame la ministre, mes chers collègues, au cours des dernières années, 36 % des Français, dont la moitié des 25-34 ans, ont renoncé à des soins ou décidé de les reporter. La raison : le coût du traitement.

Vous ne souhaitez certainement pas le qualifier comme tel, mais nous nous dirigeons bel et bien vers une véritable privatisation de notre système de protection sociale. (*Exclamations sur les bancs des commissions.*)

M. Jean Mallot. Elle a raison !

Mme Frédérique Massat. J'en veux pour preuve la part croissante de la couverture santé prise en charge par le secteur privé.

PLFSS après PLFSS, l'universalité de notre système de soins ne cesse d'être attaquée, pour tendre vers un système à deux vitesses où, d'un côté, ceux qui peuvent se payer une mutuelle continuent à bénéficier d'un remboursement de leurs dépenses de santé et où, de l'autre, ceux pour qui la cotisation mensuelle à une complémentaire santé n'est plus possible ne peuvent plus se soigner.

Ces dérives, que nous n'avons jamais cessé de dénoncer depuis plusieurs années, sont désormais réalité puisque plus d'un tiers des Français ont dû renoncer cette année à leurs soins. Si, parmi eux, la part des bénéficiaires de la CMU s'élève à 38 %, il faut noter que celle des personnes gagnant moins de 1 500 euros par mois se montent à 36 % et celle des personnes souffrant d'une affection de longue durée à 33 %.

Les classes moyennes et les jeunes sont touchés de plein fouet par ces mesures, mais il est encore plus consternant de se rendre compte que certaines personnes ne pourront pas se soigner alors que c'est une nécessité. Ces chiffres sont éloquents et devraient vous interpeller, madame la ministre.

Pourtant, vous persistez inexorablement dans la destruction de notre système de soins.

Le contenu de ce PLFSS est donc sans surprise puisqu'il étend la liste des médicaments et des soins déremboursés, et, contrairement à vos affirmations, on peut d'ores et déjà prévoir une imminente augmentation des cotisations aux complémentaires santé, conséquence logique des nouvelles charges qu'elles auront à supporter en raison du désengagement de l'État dans ce domaine. Je n'invente rien puisqu'à l'annonce de votre projet de budget, les organismes mutualistes ont alerté sur des augmentations futures de cotisation pouvant aller de 4 % à 8 %. Le risque est grand d'accroître le renoncement aux soins de populations en grande précarité sanitaire et sociale.

M. Pierre Méhaignerie, *président de la commission des affaires sociales*. Vous n'avez pas écouté, ma chère collègue !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. En effet, monsieur le président Méhaignerie !

Mme Frédérique Massat. L'accès aux soins est donc sérieusement remis en question en raison de ces barrières financières, mais il l'est doublement pour les personnes résidant en territoire rural et de montagne, où l'accès aux soins et aux officines de pharmacie relève bien souvent du parcours du combattant.

En effet, élu de ces territoires, je tiens à vous faire part de nos craintes. Suite au mouvement de protestation des pharmaciens, j'ai localement été alerté par leur représentant, qui m'a informé d'une possible remise en question du maillage actuel. Vous avez affirmé vouloir maintenir le maillage officinal dans les zones sous-denses et avez indiqué que vous étiez actuellement en train d'y travailler. Mais il y a urgence. Si votre projet est de remplacer les médecins et les pharmaciens en zone rurale et de montagne par des consultations à distance par internet, vous vous trompez, car, dans ces zones, l'accès à internet est quasiment inexistant. Il est donc indispensable de maintenir les réseaux de proximité. S'il devient très difficile d'avoir accès aux soins, notons que cette tendance à la désertification de nos campagnes s'étend à tous les services publics ; les organismes sociaux de type URSSAF, MSA, CAF ne sont pas épargnés. Regroupés, fusionnés ou encore régionalisés, ces organismes ont subi ces dernières années de profondes restrictions, qui ont invariablement entraîné la fermeture d'agences d'accueil au détriment des usagers. Le service public de proximité dans les territoires ruraux ne sera bientôt qu'un lointain souvenir.

Quant au principe de solidarité, qui avait prévalu lors de la création de la sécurité sociale, force est de reconnaître qu'il ne guide plus depuis longtemps vos actions.

En conclusion, c'est un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui s'inscrit parfaitement dans la lignée de la politique que vous menez depuis des années, et on peut

facilement le résumer en deux mots : injuste et imprévoyant ! Il généralise la rigueur et l'austérité, et illustre malheureusement le délitement de la solidarité nationale. (Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)

M. Guy Lefrand. Quelle violence dans vos propos, madame Massat !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Jacques Gaultier, dernier orateur inscrit.

M. Guy Lefrand. Rétablissez la vérité, monsieur Gaultier !

M. Jean-Jacques Gaultier. Madame la présidente, madame la ministre, monsieur le ministre, madame la rapporteure, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Un débat qui se termine bien !

M. Jean-Jacques Gaultier. Nous verrons, madame la ministre. (*Sourires.*) Je souhaite utiliser cette tribune pour interroger le Gouvernement sur ses intentions et sur ses engagements concernant la biologie française,...

M. Jean-Pierre Door, *rapporteur*. Aïe !

M. Jean-Jacques Gaultier. ...ou plutôt ce qu'il en restera demain. (Exclamations sur divers bancs du groupe UMP.)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé*. Oh, monsieur le député !

M. Jean-Jacques Gaultier. J'entends exprimer la déception d'abord, la colère ensuite, de l'immense majorité des biologistes français, qu'ils soient pharmaciens ou médecins.

M. Jean Mallot. Toutes les corporations se succèdent à la tribune !

M. Jean-Jacques Gaultier. L'Ordre des médecins a déposé récemment un recours en Conseil d'État contre certaines dispositions, notamment celles issues de l'ordonnance du 13 janvier 2010, qui frappent les biologistes. Ceux-ci assistent, impuissants, au démantèlement de leur profession, sous le double coup de mesures tarifaires, avec une nouvelle baisse prévue, pour la cinquième année consécutive – toutes blessent, la dernière tue – et de cette ordonnance imposée sans débat et sans vote et qui, d'un seul coup, balaie l'édifice issu de la loi de 1975. C'est un véritable tsunami réglementaire.

M. Michel Issindou. On a les examens les plus coûteux d'Europe !

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

Mme Martine Billard. Les biologistes ne sont pas à plaindre !

M. Jean-Jacques Gaultier. La biologie libérale se meurt, la biologie libérale est morte. Mais à qui profite le crime ? Aux tenants d'une biologie industrielle et financière, aux partisans des usines à faire des analyses, dont on dit que leurs dirigeants pourraient même ne plus avoir besoin de diplôme pour gérer leur laboratoire. J'attends à ce sujet la décision de la Cour de justice européenne relative à l'ouverture du capital, qui concerne non seulement les laboratoires mais aussi les pharmacies, ouverture qui serait à n'en pas douter la touche finale à ce sombre tableau.

Négligeant et dédaignant les démarches qualité entamées depuis longtemps dans nos laboratoires – guide de bonnes exécutions des analyses, formation bio-qualité, contrôles de qualité internes et externes, contrôles de qualité nationaux de l'AFSSAPS –, l'ordonnance impose une accréditation obligatoire, basée, et c'est ici que le bât blesse, sur une norme

industrielle et non médicale. Il s'agit de la norme 15 189. Alors que, véritable tarte à la crème, l'on nous rabâche les oreilles avec une biologie que l'on veut médicale, comme si cela n'allait pas de soi. Parle-t-on de cardiologie médicale, de gastrologie médicale? Il n'y a pas besoin de préciser à un médecin qu'il faut médicaliser son activité professionnelle. La France est le seul pays de l'Union européenne qui aura rendu obligatoire cette norme. Certes, si elle est parfois recommandée, elle ne doit pas être obligatoire, et pas sur tous les paramètres et dans tous les domaines. C'est fou, c'est trop et c'est ruineux pour les petites structures. On passe ainsi plus de temps à tracer le problème qu'à tenter de le résoudre. Il faudrait absolument assouplir cette norme, et pas seulement en créant une section de santé humaine au COFRAC – le Comité français d'accréditation – car la norme demeure toujours la norme. Celle-ci va devenir un redoutable outil, même non avoué, de restructuration aboutissant à la fermeture de 1 000 à 2 000 laboratoires et à la concentration des structures.

Madame la ministre, j'ai fait le choix d'exercer la médecine et la biologie en milieu rural. Je n'ai pas cédé à l'héliotropisme, à l'attractivité du Sud, de la mer ou des grandes villes – c'est pourtant plus facile pour prendre les gardes –, privilégiant la campagne et les laboratoires de proximité, et luttant comme je peux contre les déserts médicaux. Madame la ministre, était-ce le bon choix? Si les labos ferment, les patients restent. S'il est facile de regrouper cinq ou six laboratoires en un seul plateau technique dans une grande ville, et les patients n'en souffrent pas trop, ce n'est pas du tout la même histoire en milieu rural.

Et puis l'accréditation n'est pas la panacée. Vous avez connu l'épisode dramatique du service de radiothérapie de l'hôpital d'Épinal. C'était pourtant un service accrédité, dans un hôpital lui-même accrédité. On connaît la suite malheureuse. *(Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe UMP.)*

Mme Valérie Fourneyron. Dominique Tian était plus dur!

Mme la présidente. La discussion générale est close.

La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé et des sports.* Je monte à cette tribune périe de bonnes intentions. *(« Ah! » sur les bancs du groupe SRC.)*

Mme la présidente. Nous n'en doutons pas, madame la ministre. *(Sourires.)*

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé.* Madame la présidente, monsieur le ministre, madame la rapporteure, messieurs les rapporteurs, je veux d'abord remercier les orateurs des groupes, évidemment tout particulièrement Guy Lefrand et Jean-Luc Prétel, tandis que Mme Delaunay et Mme Poursinoff ont largement répété des arguments auxquels j'avais déjà répondu dans mes interventions précédentes. Je prie les orateurs auxquels je ne répondrai pas de m'en excuser, mais mes collègues Éric Woerth et François Baroin, ainsi que les secrétaires d'État Nadine Morano et Nora Berra, leur apporteront des réponses sur tout ce qui concerne le médico-social et l'architecture globale du financement de notre système de santé. Je vais donc répondre très précisément à toutes celles et à tous ceux qui m'ont posé des questions très précises.

J'ai pris note de plusieurs interventions qui ont concerné le renforcement de l'accès aux soins – celles de Jean-Pierre Door, de Pierre Méhaignerie, de Marisol Touraine, de Jacqueline Fraysse, de Martine Billard, de Michel Heinrich et d'Anne Poursinoff. Je rappelle que le niveau des restes à charge pour

les ménages est l'un des plus faibles au monde, plusieurs d'entre vous l'ont d'ailleurs fait remarquer. Il faut préciser que l'origine principale des restes à charge provient des dépassements d'honoraires, qui représentent aujourd'hui 2 milliards d'euros – je réponds ainsi à Michel Heinrich. Il y a plusieurs solutions possibles, à commencer par la souscription d'une assurance complémentaire. À cette fin, nous avons notablement amélioré le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en relevant les plafonds et en faisant ainsi passer les bénéficiaires potentiels de deux millions à trois millions.

Je souhaite par ailleurs, monsieur Heinrich, que les partenaires conventionnels se mettent d'accord sur la mise en place d'un secteur optionnel. À cet égard, l'accord signé entre la CSMF, le SML, l'UNOCAM et l'UNCAM, le 15 octobre 2009, n'a pas été refusé par le Gouvernement, comme l'a dit Mme Poursinoff, mais il était incomplet et l'ensemble des partenaires avaient convenu qu'il fallait le retravailler. La rédaction du texte était ambiguë : le protocole précisait que « l'UNOCAM et ses membres s'engagent à inciter les organismes d'assurance maladie complémentaire à prendre en charge ce nouveau secteur », mais aucun objectif n'avait été fixé, et il indiquait que le calcul du respect de l'objectif par les médecins devait s'apprécier en comparant « la part des honoraires des actes réalisés à tarifs opposables à l'ensemble des honoraires opposables des actes inscrits à la nomenclature ». En outre, s'agissant des missions de service public, il convenait d'aller plus loin, et c'est ce que vont faire les partenaires en définissant précisément un secteur optionnel viable.

Mesdames, messieurs les députés, il se dégage également de vos interventions le souhait que se poursuivent les mesures d'ajustement en continu de notre système de santé. Jean-Pierre Door, Jean Leonetti, Yves Bur, Jean-Luc Prétel mais également Marisol Touraine se sont exprimés sur ce sujet. Cette politique d'ajustement passe par des économies de plus en plus sophistiquées comme l'a très justement fait remarquer Marie-Anne Montchamp et, sur un mode très différent, Michel Issindou. Mais ces économies n'impacteront pas les malades et très faiblement leur mutuelle, je l'ai rappelé cet après-midi. Il faut une plus grande responsabilité dans les comportements, une maîtrise médicale renforcée, une lutte intensifiée contre la fraude – cher Dominique Tian, je vous suis sur ce point. Cette politique a été renforcée. Je citerai quelques exemples : la promotion des médicaments génériques, l'adaptation du taux de remboursement des médicaments au service médical rendu. Mais nous faisons aussi la promotion de nouveaux instruments de maîtrise des dépenses ; je pense par exemple aux procédures de contractualisation avec les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie, et aux référentiels médico-économiques de la Haute autorité de santé, évoqués par nombre d'entre vous, et qui constituent, pour les médecins, de véritables repères. De plus, nous réfléchissons à l'extension des contrats d'amélioration des pratiques individuelles auprès des professionnels de santé.

Grâce au développement de tels outils, les paramètres de remboursement n'ont guère été modifiés depuis 2007 et le reste à charge des ménages est resté globalement stable dans la période récente. Bien sûr, ces mesures qui relèvent du PLFSS sont confortées par toutes les mesures de réorganisation et de modernisation de notre système de santé contenues dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Beaucoup d'entre vous ont fait référence aux agences régionales de santé, qui se mettent en place selon le calendrier fixé. Rappelez-vous que, dans cette loi, nous avons créé deux nouvelles agences qui servent cet objectif de culture de la performance : l'Agence

nationale d'appui à la performance des établissements de santé – l'ANAP – et l'Agence pour les systèmes d'information partagés – l'ASIP.

Jean Leonetti et plusieurs d'entre vous m'ont interrogée sur la tarification à l'hôpital, la convergence tarifaire, la T2A. Le projet de loi de financement fixe le taux d'évolution de l'ONDAM hospitalier à 2,8 %, à parité avec celui de l'enveloppe des soins de ville. Cela va nous permettre de poursuivre le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins. La politique tarifaire est un outil primordial, à la disposition des gestionnaires du système de santé. Le nouveau modèle de financement progressivement mis en place depuis 2004, assis sur la T2A, a permis une meilleure adéquation entre le niveau d'activité et les ressources allouées par la collectivité, avec pour résultat une bonne dynamisation de la gestion des établissements de santé. Bien entendu, le dispositif doit être évolutif puisqu'il constate des coûts et s'adapte en continu pour éviter que ne se creusent des niches dans notre système hospitalier, niches qui ne reflèteraient pas la vérité de ces coûts.

D'autre part, la poursuite de la convergence tarifaire entre le public et le privé participera à l'effort d'efficacité globale, en encourageant les établissements de santé à améliorer leur productivité globale.

Convergence ne signifie pas égalité, je le répète. Cette convergence tient compte des différences des charges et des missions entre les deux secteurs.

M. Michel Issindou. Très bien !

M. Jean Mallot. Et cela va durer ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Et cela va durer.

La définition de la convergence sera modifiée afin que les tarifs cibles ne soient plus désormais systématiquement les tarifs du secteur privé mais globalement les tarifs les plus bas, quels qu'ils soient.

Répondant à Jean Proriol, Jean Mallot, Jean Leonetti et Philippe Boënnec, j'indique que la campagne tarifaire 2010 a été marquée avant tout par la volonté assumée de continuité et de permanence des méthodes et des outils de construction des tarifs.

Des reproches nous avaient été adressés à la suite de la mise en place de la campagne 2009. Nous en avons tenu compte lorsqu'ils étaient justifiés, aussi bien sur le champ MCO. Nous continuerons à nous appuyer sur les résultats de l'étude nationale des coûts à méthodologie commune, autrement dit l'EMCC.

Nous poursuivrons d'ailleurs la même méthode qui repose sur la mise en place de filtres successifs afin d'imprimer notre marque à la politique tarifaire en favorisant les tarifs correspondant à des priorités de santé publique. Aux priorités de l'année dernière – cancer, soins palliatifs et activités lourdes – se rajoutent les accidents vasculaires cérébraux. Il s'agit aussi de compenser les pertes de revenus pour les établissements, en encadrant les effets revenus à la fois négatifs et positifs.

En 2010, la campagne tarifaire ne comporte pas d'évolution systémique, mais elle apporte quelques nouveautés d'ailleurs saluées par l'ensemble des acteurs.

À Jean Leonetti et Valérie Fourneyron, je répondrai que les gels n'ont pas affecté la part MIG des MIGAC, mais uniquement les aides à la contractualisation.

La dotation MIGAC, qui représente plus de 8,2 milliards d'euros en 2010, n'a cessé de progresser au cours des dernières années. Elle profite à 99 % aux établissements publics et aux anciens PSPH, les établissements de santé privés à but non lucratif.

Citons un exemple de progression de MIG en 2010 : l'enveloppe destinée à financer les surcoûts liés à la précarité est passée de 100 à 150 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 50 millions d'euros. Ce n'est jamais assez, madame Fourneyron, mais c'est néanmoins une augmentation de 50 %.

Mme Valérie Fourneyron. Il faudrait qu'elle soit répartie de manière égale sur le territoire !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Valérie Fourneyron et Jean Leonetti – encore eux, elle et lui, si je puis dire –...

M. Jean Mallot. Quel tandem !

M. Guy Malherbe. C'est le couple de l'année !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ...ont appelé mon attention sur la prise en compte de la qualité pour le financement des établissements de santé. Nous y travaillons et je pourrai vous donner des précisions techniques sur tous ces sujets.

Guy Malherbe et Frédérique Massat m'ont interpellé sur les négociations en cours avec les pharmaciens. La réforme de la taxe professionnelle aura, pour eux comme pour les médecins, un impact positif de 60 millions d'euros dès 2010.

Il ressort des conclusions du rapport de l'IGAS sur l'expérimentation de la réintégration du médicament dans le forfait de soins des EHPAD qu'une prolongation de l'expérimentation est envisagée.

M. Jean Leonetti. Très bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. À ce propos, je remercie Bérengère Poletti d'avoir déposé un amendement en ce sens, auquel le Gouvernement donnera un avis favorable.

Les représentants des officines comprennent bien, au regard de la situation budgétaire, que toute mesure de revalorisation doit être gagée.

Mes objectifs sont simples : maintenir le maillage officinal dans les zones sous-denses ; favoriser la restructuration du réseau dans les zones sur-denses ; impliquer davantage les officines dans les efforts de maîtrise médicalisée.

Le travail d'analyse et les échanges avec les syndicats se poursuivent, afin de proposer des mesures qui permettront de répondre à ces préoccupations et notamment à celles des officines – peu nombreuses – qui sont dans une situation particulièrement difficile. Heureusement, cher Guy Malherbe, ce n'est pas le cas de toutes les officines.

M. Guy Malherbe. Il y en a quand même pas mal !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. À Jean-Jacques Gaultier qui m'a interrogé sur la biologie médicale, je dirai que les nouvelles règles ont été élaborées au terme d'une concertation intense avec les professionnels et avec vous, les représentants de l'Assemblée nationale. Tout cela a été validé pour une réforme médicale de la biologie qui a recueilli l'accord des professionnels de santé.

M. Michel Issindou et M. Jean Mallot. Eh bien alors, vous êtes content ?

M. Jean-Jacques Gaultier. Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Les règles du capital qui causaient des inquiétudes aux professionnels de santé ont été maintenues. Nous avons même amélioré le système puisque la forme SA et SARL est désormais interdite pour les laboratoires.

Rappelons que la rémunération moyenne des biologistes est de 132 000 euros par an.

M. Michel Issindou. Ce n'est pas mal !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ils sont parmi les mieux payés des professionnels de santé. Le chiffre d'affaires des laboratoires progresse de 3,5 % ; il a pratiquement doublé depuis l'an 2000.

Cher Jean-Jacques Gaultier, je ne partage pas votre vision très misérabiliste de professionnels qui sont de plus en plus indispensables à la médecine moderne.

Excusez-moi de répondre de façon un peu désordonnée, mais j'essaie de suivre la chronologie des interventions.

J'ai été interpellée sur l'apport de recettes nouvelles pour notre système d'assurance maladie par Jacqueline Frayssé, Marisol Touraine, Daniel Garrigue, Philippe Boënnec et Dominique Tian.

Que dire si ce n'est, à nouveau, qu'il n'y a pas de recette miracle ou de trésor caché ? Toute recette nouvelle sera prise dans le porte-monnaie des Français.

Si j'ai bien compris, les revenus du capital seraient entièrement destinés à notre système de retraites, étant donné ses besoins structurels considérables. Il reste donc des impôts touchant l'ensemble des Français, des cotisations telles que la CSG...

M. Daniel Garrigue. Il faut sortir du bouclier fiscal aussi !

M. Jean Mallot et M. Michel Issindou. Très juste !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Le bouclier fiscal peut ressurgir également mais il ne suffira pas, étant donné qu'il est mis à toutes les sauces. Il faudra vraiment trouver des ressources nouvelles et avoir le courage de dire aux Français qu'il s'agit de ponctions nouvelles, d'un fléchage de leur pouvoir d'achat.

M. Guy Lefrand. Exactement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. C'est autant de moins pour l'éducation, le logement, l'habillement et d'autres équipements des ménages qui concourent néanmoins autant que la santé à l'amélioration de l'espérance de vie en qualité.

M. Jean Mallot. La CRDS aussi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai bien pris note du souhait du président Pierre Méhaignerie de mieux corriger les inégalités territoriales de santé, à travers la création d'ORDAM régionaux.

Je partage cette préoccupation : la réduction des inégalités territoriales en matière de santé constitue l'un des fils rouges de ma politique, et pas seulement sur un mode qualitatif.

Si l'espérance de vie n'est pas la même dans le Nord-Pas-de-Calais ou en région PACA, on constate aussi que pour des performances égales du système de santé, le niveau de dépenses diffère très sensiblement, comme le cas de la Bretagne l'illustre parfaitement : ses performances sont tout à fait remarquables, alors que son niveau de dépenses est très inférieur à la moyenne nationale.

M. Yves Bur, rapporteur. Si nous étions tous Bretons, il n'y aurait plus de déficit !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Évidemment, il n'existe pas de relation univoque entre les inégalités d'offre de soins ou de dépenses de santé et les différences d'état de santé de la population.

Pour autant, je m'emploie à corriger les inégalités interrégionales dans l'allocation des ressources au système de santé.

Plusieurs dispositifs ont été mis en place à cet effet : les outils de planification hospitalière, qui prennent en compte les spécificités régionales ; la T2A, qui permet un rééquilibrage du financement entre les établissements en fonction du volume et de la nature de l'activité ; les modalités de gestion des crédits budgétaires du programme 204 ; les modalités de dévolution des dotations MIGAC ; le rôle central de la Haute autorité de santé dans la promotion des bonnes pratiques homogènes sur l'ensemble du territoire.

Je ne suis pas opposée au principe d'inscrire des sous-objectifs régionaux dans l'ONDAM ou de recourir à la fongibilité d'enveloppes dans ce domaine.

M. Yves Bur, rapporteur. C'est bien !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Toutefois, cher Pierre Méhaignerie, je souhaite que nous solidifions un peu ces nouvelles structures que sont les agences régionales de santé pour que les ORDAM puissent se déployer de la meilleure façon, avec une structure technique adaptée. Peut-être pourrions recourir à une méthode qui vous est chère, l'expérimentation ? Pour ma part, j'y suis tout à fait disposée.

En tout cas, s'inspirant d'une autre de vos idées, je vais proposer la fongibilité entre les différents fonds ; le Gouvernement a déposé un amendement au PLFSS en ce sens.

Jean-Pierre Door et Jean-Luc Prél ont interrogé sur plusieurs points qu'ils souhaitent évoquer au cours des débats de ce PLFSS.

À l'occasion de la reprise de la vie conventionnelle, Jean-Pierre Door souhaite abaisser de six à trois mois le délai prévu avant la mise en œuvre de toute mesure de revalorisation tarifaire en cours d'année.

Je comprends votre souhait d'envoyer un signal aux partenaires du système conventionnel. Nous avons un seul stabilisateur automatique dans notre arsenal de bonne gestion du PLFSS et de l'ONDAM. Dans les circonstances actuelles, il serait prématuré de s'en priver.

M. Yves Bur, rapporteur. Il y a le comité d'alerte !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous aurons l'occasion de rediscuter du contrat individuel d'amélioration des pratiques individuelles.

Enfin, plusieurs d'entre vous souhaitent faire progresser le régime de la responsabilité civile professionnelle des praticiens. Je partage cette volonté.

Un amendement du Gouvernement viendra tirer les conclusions du premier rapport Johanet sur la responsabilité civile professionnelle des médecins. Chère Bérandère Poletti, il proposera d'étendre aux sages-femmes le bénéfice de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, c'est-à-dire la prise en charge des indemnités par l'ONIAM sans action récursoire en cas d'épuisement et d'expiration de la garantie d'assurance.

François Baroin, Christine Lagarde et moi-même avons confié une deuxième mission à Gilles Johanet sur la mise en place d'une solution de mutualisation plus large par l'assurance de responsabilité médicale, permettant de mieux couvrir les sinistres potentiellement les plus élevés.

Je souhaite que cette mission Johanet II permette de mieux prendre en compte les cas spécifiques des pathologies évolutives liées à un accident de naissance et consolidées à l'âge adulte.

Philippe Vitel et Guy Lefrand m'ont interrogée sur la fin de l'exonération sur les médicaments orphelins. La mesure envisagée ne consiste pas à créer une taxe supplémentaire, mais à ramener certains médicaments dans le droit commun des autres molécules, lorsqu'ils ont atteint un niveau de rentabilité important.

Le chiffre d'affaires des médicaments orphelins croît fortement, en médecine de ville et à l'hôpital: 26 % en 2006, 40 % en 2007, 41 % en 2008. Actuellement, cinquante-sept médicaments orphelins disposent d'une AMM et sont donc pris en charge.

Parmi les médicaments orphelins, on trouve par exemple un produit comme le Glivec qui réalise 175 millions d'euros de chiffre d'affaires et arrive au dixième rang des médicaments remboursés dans notre système.

Ces médicaments bénéficient d'exonérations de taxes, contrairement à d'autres médicaments courants.

J'avoue que je ne comprends pas certains débats. Les personnes qui souffrent de maladies orphelines et qui sont soignées avec ces médicaments ne risquent, en aucun cas, de subir les conséquences de la mesure proposée par le Gouvernement.

Au moment du lancement du produit, lorsque le chiffre d'affaires démarre, les laboratoires bénéficient de ces exonérations de charges. Dans le cas de simples extensions d'AMM à des maladies orphelines, les laboratoires bénéficient aussi des exonérations de taxes alors qu'ils n'ont aucun frais de développement de molécules. Ils vont les conserver, mais il faut quand même le rappeler.

Bien entendu, je serai favorable à l'amendement de Jean-Pierre Door qui propose de faire passer à 30 millions d'euros le seuil de chiffre d'affaires à partir duquel la suppression de l'exonération s'appliquerait. À défaut, et comme me l'a suggéré Guy Lefrand, je proposerai un amendement renvoyant aux partenaires conventionnels le soin de définir ce seuil.

Pour les malades, il n'y a aucun risque. Je ne vois pas pourquoi des laboratoires bénéficieraient d'exonérations de taxes alors qu'ils dégagent des marges bénéficiaires tout à fait considérables.

Sur l'extension du dispositif de mise sous entente préalable pour les transferts des patients des hôpitaux vers les soins de suite et de réadaptation ou vers les centres de rééducation, je vous confirme que le Gouvernement a déposé un amendement, qui reprend une suggestion de Guy Lefrand, de Jean-Luc Prével, de Claude Leteurtre et de Dominique Tian, et qui précise que ces contrôles devront cibler uniquement les établissements qui sont les plus gros prescripteurs, sur le fondement d'un programme déterminé à l'avance, en début d'année, par l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie.

Le Gouvernement donnera également un avis favorable à la proposition d'Yves Bur prévoyant qu'un rapport fasse le point sur l'application de cette mesure avant la fin de l'année prochaine, afin de corriger toute malfaçon s'il y a lieu.

Concernant l'expérimentation sur les maisons de naissances, il me semble qu'il y a une incompréhension.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Exactement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Il ne s'agit pas de développer une alternative à la prise en charge dans une maternité classique. Il s'agit de répondre en toute sécurité à la demande de certaines femmes qui, pour des raisons dont je n'ai pas à juger, souhaitent bénéficier d'un accouchement que l'on pourrait qualifier de plus « naturel », ce terme étant employé ici avec toutes les précautions possibles.

Or, en pratique, nous voyons se développer un certain nombre de petits centres qui, pour répondre à la demande de ces femmes, pratiquent des accouchements dans des conditions de sécurité qui ne sont pas bonnes. Vous avez peut-être vu l'un des reportages diffusés à la télévision sur ces centres, certains n'apportent aucune garantie sur la qualité de l'hébergement, sur la qualité des matériels, ni même sur le niveau de qualification des personnes qui procèdent à ces accouchements.

M. Yves Bur, rapporteur. C'est illégal !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Ce que nous voulons faire, c'est apporter aux femmes qui entrent dans cette démarche une offre de soins de qualité, pour qu'elles n'aillent pas dans des établissements, ou des structures, je ne sais comment les qualifier...

M. Yves Bur, rapporteur. Des alternatives ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. ... parfois, c'est le simple appartement de ce que l'on pourrait appeler une matrone.

Je souhaite apporter cette réponse avec des professionnels qualifiés, mais pour garantir cette sécurité, cette expérimentation doit être menée dans le cadre d'une maternité de bon niveau, et sur le mode expérimental.

Mme Bérengère Poletti. Exactement !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous allons assurer un degré de qualité très élevé, la maison sera une structure autonome, mais attenante à une maternité avec laquelle elle devra passer une convention.

M. Jean Mallot. Ça ne sert à rien alors !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Nous souhaitons ainsi assurer une grande sécurité pour les femmes.

Cette expérimentation aura également pour objet de favoriser les complémentarités entre les deux modes de prise en charge. Il faut préciser que, sur la suggestion de Guy Lefrand, le Gouvernement a déposé un amendement prévoyant que les actes de la maison de naissance s'ajoutent à ceux de la maison attenante. Vous connaissez les seuils permettant de maintenir une maternité en activité, il ne faudrait pas que cette offre de soins entraîne une « exvasation » des actes qui conduirait la maternité *princeps* à voir baisser son nombre d'actes. Le risque est faible, mais prenons toutes les précautions utiles. Les actes effectués dans la maison de naissance entreront donc dans le décompte de l'activité de l'établissement.

C'est pour répondre au désir d'un petit nombre de femmes – moins de 1 % – et faire en sorte qu'elles puissent accoucher dans des conditions sécurisées.

Mme Pinville a abordé la question du forfait de remboursement des bandelettes d'autocontrôle du diabète.

M. Yves Bur, rapporteur. On a raconté tout et n'importe quoi sur le sujet!

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. Non, sans doute Mme Pinville était-elle mal informée. Cette mesure ne touche pas les diabètes insulinodépendants, elle ne touche que les diabètes de type 2.

Nous observons que 10 % des patients diabétiques qui ne consomment pas d'insuline utilisent plus de 510 bandelettes en moyenne par an, alors que la plupart des patients non insulinodépendants ne consomment aucune bandelette. Certains comportements ne sont justifiés par aucune indication médicale, et n'apportent aucun élément de sécurité à ces malades.

Ma démarche est celle d'une maîtrise médicalisée des dépenses. Pourquoi faudrait-il que ces examens inutiles soient remboursés par la sécurité sociale?

M. Yves Bur, rapporteur. Pourquoi sont-ils prescrits?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé. J'ai donc demandé à la Haute autorité de santé de créer un forfait indiquant le nombre d'examens qui doivent être effectués en utilisant ces bandelettes. Cela ne suppose évidemment aucun déremboursement des bandelettes; il s'agit d'une approche médicalisée, par la Haute autorité de santé, qui va proposer un nombre d'analyses correspondant à l'état des malades.

Cette mesure pourrait recevoir l'assentiment de l'ensemble de cette assemblée. Évidemment, elle va générer une économie, mais il s'agit de combattre un gaspillage qu'aucune démarche de santé ne justifie.

Voilà ce que nous voulons faire. Excusez-moi, mesdames et messieurs les députés, d'avoir répondu en désordre à vos différentes questions, mais j'ai souhaité être la plus complète possible. Bien entendu, mes collègues François Baroin, Éric Woerth, Nora Berra et Nadine Morano répondront à toutes les questions que vous avez posées en cette fin de nuit. Je vous remercie. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.)

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

Mme la présidente. Prochaine séance, ce matin, jeudi 28 octobre, à neuf heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

La séance est levée.

(La séance est levée, le jeudi 28 octobre 2010, à zéro heure vingt.)

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

CLAUDE AZÉMA



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	176,20
33	Questions 1 an	123,70
83	Table compte rendu 1 an	31,80
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	157,80
35	Questions 1 an	90,50
85	Table compte rendu 1 an	29,50
95	Table questions 1 an	19,70
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1166,20
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	974,60

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

Paiement à réception de facture

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

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

(*) Arrêté du 19 novembre 2009 publié au *Journal officiel* du 21 novembre 2009

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : 01-40-58-75-00 – Accueil commercial : 01-40-15-70-10 – Télécopie abonnement : 01-40-15-72-75

Prix du numéro : 2,80 €
(Fascicules compte rendu et amendements)

