

# ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**XIII<sup>e</sup> Législature**

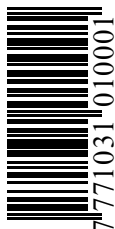
SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

Séances du vendredi 29 octobre 2010

## Compte rendu intégral



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



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

# SOMMAIRE GÉNÉRAL

---

1<sup>re</sup> séance ..... 7683

2<sup>e</sup> séance ..... 7715

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011**

34<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**1<sup>re</sup> séance du vendredi 29 octobre 2010**

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



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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE BALLIGAND

### 1. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 2854) (*suite*) (p. 7685)

#### QUATRIÈME PARTIE (p. 7685)

##### Article 34 (p. 7685) (*précédemment réservé*)

M. Jean-Luc Prél, Mme Marisol Touraine, M. Jean Mallot, Mme Martine Billard, M. Jean-Marie Le Guen.

Amendements identiques n° 130, 336 : M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.

Amendements n° 337, 695, 696, 402, 401.

##### Après l'article 34 (p. 7688) (*amendement précédemment réservé*)

Amendement n° 563.

##### Article 35 (p. 7689) (*précédemment réservé*)

Mme Marisol Touraine, M. Jean-Luc Prél.

Amendements n° 338, 697, 382.

##### Après l'article 35 (p. 7691) (*amendements précédemment réservés*)

Amendements n° 506, 438, 507, 608, 432.

Amendements n° 421 et 466.

Amendements n° 425, 422.

##### Article 36 (p. 7697) (*précédemment réservé*)

Mme Marisol Touraine, M. Gérard Bapt.

Amendements n° 447, 698.

##### Après l'article 36 (p. 7698) (*amendements précédemment réservés*)

Amendement n° 135

Amendements n° 752 et 559.

Amendement n° 137.

Amendement n° 673 : M. Yves Bur, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général.

## PRÉSIDENTE DE M. MAURICE LEROY

Amendements identiques n° 139, 460.

Amendements n° 461, n° 701.

Amendements n° 142 et 20 : Mme Bérengère Poletti, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour le secteur médico-social.

Amendements n° 656, 394 rectifié, 714, 575.

Amendement n° 145 avec le sous-amendement n° 668 et amendement n° 339.

Amendements n° 659, 340, 488, 146.

Amendements identiques n° 566, 578 rectifié.

Amendements n° 147, 538 rectifié.

Amendements identiques n° 150, 398 rectifié.

Amendement n° 149.

##### Article 37 (p. 7710) (*précédemment réservé*)

M. Guy Lefrand.

Amendements identiques n° 151, 440, 502, 510, 560.

Amendements n° 503, 9 : Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire.

Amendements identiques n° 341, 542 rectifié et amendement n° 712.

Amendements identiques n° 292 rectifié, 655.

##### Article 38 (p. 7713) (*précédemment réservé*)

M. Jean Mallot.

Amendements identiques n° 153, 562.

Amendement n° 702.

##### Article 39 (p. 7713) (*précédemment réservé*)

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 7714)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTIE DE M. JEAN-PIERRE BALLIGAND,**

**vice-président**

**M. le président.** La séance est ouverte.

*(La séance est ouverte à neuf heures trente.)*

1

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 *(Suite)*

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n<sup>os</sup> 2854, 2916, 2912).

2

### QUATRIÈME PARTIE *(suite)*

**M. le président.** Hier soir, l'Assemblée a commencé l'examen des articles de la quatrième partie du projet de loi, concernant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année 2011.

Nous en revenons aux articles 34 à 56, précédemment réservés.

#### Article 34 *(précédemment réservé)*

**M. le président.** Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 34.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Monsieur le président, madame la ministre de la santé et des sports, mes chers collègues, l'article 34 prévoit l'intervention du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Suivre l'évolution de l'ONDAM est une nécessité et le respecter est souhaitable pour éviter de recréer des déficits. L'idéal serait, bien sûr, d'intervenir au niveau de son élaboration, afin qu'il soit construit sur des bases réalistes et médicales. Or il s'agit souvent, semble-t-il – et c'est ce que l'on dit depuis sa création – d'un ONDAM économique décidé par Bercy à l'automne, l'objectif étant ensuite d'essayer de rentrer dans les clous.

Nous avons tous la volonté d'assurer des soins de qualité et un égal accès de tous à ces soins. La tendance naturelle de l'évolution des dépenses de santé est proche de 4 % en raison de l'amélioration de la technologie, des thérapeutiques

nouvelles, efficaces et souvent coûteuses, et du vieillissement de la population. Nous sommes d'ailleurs relativement en retard sur d'autres pays pour un certain nombre de matériels radiologiques, notamment les IRM et les scanners – du reste, on pourrait peut-être faire des économies si ces matériels étaient mieux utilisés. Le taux de 2,9 % défini cette année conduit à une gestion rigoureuse. Certes, dans une période économique difficile, un tel taux permet malgré tout de dégager 4,7 milliards d'euros de moyens supplémentaires. Cependant, le respect de ce taux sera sans doute délicat car il prévoit notamment la rémunération des infirmières en raison du LMD et l'augmentation de la consultation C pour les médecins.

Des mesures douloureuses sont donc nécessaires. Des transferts sont prévus vers les assurances complémentaires et le reste à charge. Si l'ONDAM était dépassé, il faudrait prendre des mesures nouvelles en cours d'année, ce qui risquerait d'aggraver le malaise des professionnels et de ne pas permettre les soins de qualité que nous souhaitons tous.

Madame la ministre, il paraît donc nécessaire d'avoir, au moins une fois par an, un vrai débat sur la santé afin de savoir comment on peut résoudre tous ces problèmes puisque, lors de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale, il est surtout question de finances. À cet égard, le budget de votre ministère, qui sera discuté mardi prochain, est relativement modeste.

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

**Mme Marisol Touraine.** Le mécanisme de l'ONDAM a fait l'objet du rapport de M. Briet et d'observations de la part de la Cour des comptes. Le sens commun voudrait que nos dépenses de santé soient en progression excessive et qu'il soit donc absolument nécessaire de multiplier les comités d'alerte et les éléments permettant de réorienter l'augmentation ou la maîtrise de ces dépenses en cours d'année.

La Cour des comptes a indiqué que la base retenue pour la construction de l'ONDAM, qui n'est qu'une prévision des dépenses annuelles d'assurance maladie pour l'année précédant celle de la loi de financement de la sécurité sociale, ne correspond pas toujours aux dépenses effectivement réalisées, ce qui expliquerait le tiers des dépassements des objectifs observés depuis 2005. Il faut donc relativiser les analyses catastrophistes qui nous sont présentées dans la mesure où, toujours selon la Cour des comptes, cela ne correspond pas à la réalité de l'évolution des dépenses de santé.

L'article 34 vise à faire intervenir le comité d'alerte plus tôt dans l'année, afin que des mesures de correction puissent intervenir plus précocement. Mais qui peut imaginer que des mesures de correction structurelles interviennent au mois d'avril ou au mois de mai lorsque le comité d'alerte aura manifesté son inquiétude ou indiqué qu'il fallait réagir? À l'évidence, les seules mesures qui pourront être prises alors seront des mesures de restriction, comme l'instauration de nouvelles franchises ou de nouveaux forfaits, des

mécanismes qui aboutiront à « réguler », c'est-à-dire à restreindre l'accès aux soins, ou à augmenter le coût d'un certain nombre de procédures.

On ne peut pas imaginer que, lorsqu'au mois de mars, le comité d'alerte aura mis en garde sur le fait qu'il existe des dérapages, le Gouvernement puisse réagir autrement qu'en prenant des mesures de restrictions. La disposition prévue à l'article 34 apparaît donc, au mieux, utopique ; et surtout elle laisse présager des mesures de restriction et non de régulation structurelle.

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

**M. Jean Mallot.** L'article 34 vise à tirer les conclusions du rapport Briet. Je rappelle que le comité d'alerte a été créé par la loi du 13 août 2004 et que ce rapport fait des propositions tendant – on peut l'espérer – à améliorer le fonctionnement du dispositif.

En vertu de ces recommandations, le comité d'alerte devrait émettre un premier avis avant le 15 avril de chaque année. Il paraît logique, en effet, d'essayer de maîtriser le plus tôt possible le pilotage de l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Comme toujours, on est pris entre deux feux : soit on réunit le comité d'alerte très tôt dans l'année, ce qui fait qu'il se prononce sur un laps de temps très court, fondant ainsi son avis sur des conjectures assez fragiles, soit on le réunit plus tard, mais alors il n'est plus possible d'espérer redresser quoi que ce soit.

L'article 34 prévoit également que le comité pourra, avant le 15 octobre de chaque année, rendre un avis sur le projet de construction de l'ONDAM pour l'année suivante. Effectivement, son avis peut être intéressant.

Mais tout cela ne doit pas nous écarter des problèmes de fond, et avant tout celui de la fixation de l'ONDAM. S'il est défini de manière trop serrée, on aura bien évidemment du mal à le respecter ; le comité d'alerte tirera très vite la sonnette d'alarme, mais comment redresser la barre ?

Je rappelle que, pour l'année prochaine, sur la base de l'évolution du PIB à 2 % en volume et de l'inflation prévue à 1,5 %, l'ONDAM a été fixé à 2,9 %. On voit donc bien que l'on aura du mal à tenir cet objectif.

D'autre part, il est certes nécessaire de piloter au mieux les dépenses d'assurance maladie, de les maîtriser et d'en garder le contrôle, mais sans que pour autant nos concitoyens soient plus mal soignés.

L'étude d'impact précise que « les propositions du rapport Briet doivent permettre le respect de l'ONDAM chaque année, notamment en évitant les dépassements grâce à un pilotage renforcé, mais aussi à la possibilité de mettre en œuvre des mesures tarifaires en cas de déclenchement de l'alerte. Une diminution de 0,3 % du dépassement annuel de l'ONDAM représente une économie de 500 millions d'euros par an ». Je vous rappelle, mes chers collègues, que vous avez voté hier un déficit prévisionnel de l'assurance maladie qui s'élèverait à 11,5 milliards d'euros pour l'année prochaine. Les ordres de grandeurs ne sont donc pas du tout comparables.

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

**Mme Martine Billard.** On devrait en effet se demander pourquoi l'ONDAM est souvent peu respecté.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Cette année, il est respecté !

**Mme Martine Billard.** Il faudrait essayer de construire l'ONDAM sur des bases réalistes plutôt que de les sous-estimer en voulant seulement donner un signe lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Actuellement, en outre, les sous-objectifs de l'ONDAM sont peu détaillés, ce qui rend difficile de savoir quels sont ceux qui dérapent et quels sont ceux qui, au contraire, sont même parfois en dessous des objectifs fixés.

Comme l'a dit à l'instant M. Mallot, un problème se pose par rapport à l'ONDAM tel qu'il est fixé cette année, au regard de l'évolution du PIB et de l'inflation. On peut donc déjà s'inquiéter que l'ONDAM soit fixé à 2,9 % pour 2011, car il est fort probable qu'il sera dépassé.

Mais un autre point me préoccupe. Quand un budget n'est pas respecté, c'est le Parlement qui décide, dans le cadre du collectif budgétaire, de son évolution au cours de l'année. Dans le cas des dépenses sociales, en revanche, c'est le comité d'alerte qui proposera des solutions au Gouvernement. Le Parlement n'est pas ressaisi sur les évolutions qui pourront être décidées, ce qui pose un problème de démocratie. En effet, il peut être prévu de geler ou d'annuler des crédits, voire de procéder à des coupes importantes, notamment de supprimer massivement des postes. Il y a donc, en fait, deux poids deux mesures.

Au-delà de cet article, il faut donc engager un débat sur la manière dont est suivie l'évolution des dépenses sociales. À cet égard, je regrette, comme M. Prél, que nous n'ayons plus de débat de santé publique. Nous attendons en effet toujours le débat qui doit avoir lieu sur la révision de la loi de santé publique de 2004.

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

**M. Jean-Marie Le Guen.** D'où vient cette idée de créer un petit comité, à la différence de ce qui s'est fait sur d'autres sujets ? Les parlementaires de l'opposition n'ont été associés à aucun moment à cette réflexion qui se veut évidemment neutre d'un point de vue politique.

Comme l'ont dit certains orateurs avant moi, il s'agit de savoir si la gestion de la maîtrise médicalisée et ses conséquences sont exposées de façon transparente et démocratique. Pour ma part, je ne le crois pas. Derrière ce qui se veut une bonne gestion, il y a en fait l'affirmation d'une idéologie. En effet, le Gouvernement dit vouloir maintenir le niveau actuel des prélèvements obligatoires – même si nous savons bien qu'ils vont augmenter – et il essaie de maîtriser les dépenses de santé avec une seule variable : l'hôpital public. Pour le reste, il a abandonné, pour des raisons politiques et d'opportunité, toute velléité de gérer véritablement l'ONDAM de ville ou le médicament.

Comme vient de le rappeler Mme Billard, il n'y a aucune transparence démocratique dans cette affaire, le Parlement en étant totalement dessaisi. De même, il n'y a aucune transparence dans la gestion. L'ONDAM va intervenir essentiellement sur les éléments de restructuration de l'offre hospitalière. Je veux parler des MIGAC, en ce qui concerne l'hôpital, et du fixe s'agissant des dépenses de soins de ville. C'est bien sur ces enveloppes que la mission Briet a insisté pour qu'elles soient préemptées préalablement et c'est donc bien l'hôpital public qui subira directement les conséquences des mesures recommandées par cette mission.



Je m'étonne d'ailleurs, alors que la FHF a protesté contre ces dispositions qui constituent objectivement une attaque frontale envers l'hôpital public, que son président ne soit pas parmi nous aujourd'hui pour dénoncer, à nos côtés, la politique du Gouvernement qui est très clairement axée sur ces orientations.

Telles sont les quelques réflexions qui, me semble-t-il, devraient faire renoncer à ce funeste projet. Mais, au regard de l'expérience passée, je n'ai pas la certitude que le Gouvernement voudra bien nous entendre.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 130 et 336.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 130.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.** La commission des affaires sociales, s'inspirant de l'amendement de M. Tian, entend rendre publiques les décisions du comité d'alerte sur la construction de l'ONDAM, de façon que les parlementaires soient informés avant le vote de l'objectif, à savoir avant la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 336.

**M. Dominique Tian.** Comme il arrive aux rapporteurs de retirer des amendements, j'avais maintenu le mien par précaution...

**M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse.** La confiance règne ! (Sourires.)

**M. Guy Lefrand.** M. Tian a raison !

**M. Dominique Tian.** Je le retire donc au profit de celui de la commission.

**M. le président.** Ces amendements étant identiques, il est inutile que vous le retiriez, mon cher collègue.

La parole est à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, pour donner l'avis du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.** Le Gouvernement est favorable à ces excellents amendements.

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

**Mme Marisol Touraine.** Je précise que notre amendement n<sup>o</sup> 401, que nous allons bientôt examiner a le même objet, même s'il n'est pas rédigé de la même manière. Il nous paraît en effet nécessaire que l'avis émis par le comité d'alerte soit public et soit transmis au Parlement dans des délais permettant de travailler correctement, faute de quoi ledit avis ne serait que purement formel.

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** Très juste !

(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 130 et 336 sont adoptés.)

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 337.

**M. Dominique Tian.** Le rapport Briet proposait un contrôle plutôt qu'un simple examen des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM. Cet amendement vise donc à remplacer, à l'alinéa 5, le mot : « examine », par le mot : « contrôle ».

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Le contrôle de la loi de financement de la sécurité sociale relève plutôt de la Cour des comptes mais aussi, éventuellement, de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale dont la qualité des travaux est...

**M. Jean Mallot.** ...unanimentement reconnue !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je suis navrée, mais le Gouvernement est favorable à cet amendement.

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

**M. Gérard Bapt.** Je m'accorde avec le rapporteur : le contrôle dont il est question revient au Parlement et non à un comité. En outre, si le rapport est transmis à une date raisonnable au Parlement, il serait peut-être opportun – je m'adresse au président de la commission des affaires sociales – de prévoir systématiquement une réunion commune entre la commission des affaires sociales et la commission des finances pour débattre de ce rapport.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je précise que si le Gouvernement a donné un avis positif sur l'amendement de Dominique Tian, ce n'est pas pour solde de tout compte. Il ne s'agit pas, évidemment, de priver le Parlement de ses pouvoirs de contrôle.

**M. Dominique Tian.** Bien sûr !

**M. Philippe Vitel.** L'amendement les sacralise !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Le contrôle par le comité d'alerte n'est pas exclusif du contrôle par le Parlement.

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

**M. Jean Mallot.** Si je lis bien l'amendement auquel le Gouvernement est favorable, il s'agit de faire en sorte que le comité « contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie projeté pour l'année à venir ». Ledit comité vérifierait que ces éléments sont fondés ; dès lors, pourquoi ne pas admettre l'idée d'un contrôle ?

Reste que, comme Mme Billard le soulignait tout à l'heure, si l'ONDAM est aujourd'hui voté par le Parlement dans le cadre du PLFSS, ensuite, si je puis dire, vogue la galère : l'exécutif peut en suivre l'exécution et le modifier comme il l'entend.

Par conséquent, non seulement ces avis doivent être publics, nous devons nous en saisir, mais les séances de contrôle de l'Assemblée – qui sont, paraît-il, un progrès en ce qu'elles renforceraient nos prérogatives – devraient permettre au Parlement de contrôler l'exécution de l'ONDAM afin de donner des avis, voire de prendre les décisions qui s'imposent.

*(L'amendement n° 337 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 695.

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

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

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

*(L'amendement n° 695 est adopté.)*

**M. le président.** L'amendement rédactionnel n° 696, présenté par la commission, recueille l'avis favorable du Gouvernement.

*(L'amendement n° 696 est adopté.)*

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n° 402.

**Mme Marisol Touraine.** Cet amendement vise à avancer la date de présentation du rapport du comité d'alerte, compte tenu de la date à laquelle l'Assemblée doit examiner le PLFSS. Il s'agit pour nous de disposer du temps nécessaire pour en prendre connaissance.

Avant l'examen du PLFSS, nous sommes destinataires de nombreux rapports qui presque tous nous parviennent deux ou trois jours seulement avant le début des travaux en commission,...

**M. Jean Mallot.** Voire pendant les travaux !

**Mme Marisol Touraine.** ... quand nous ne les recevons pas, en effet, alors que nous avons déjà commencé de discuter le projet de loi, ce qui ne facilite guère notre tâche.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable. Le 15 octobre est la date limite fixée pour le dépôt du PLFSS ; avancer au 1<sup>er</sup> octobre la date de remise de son avis par le comité paraît difficile.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je comprends bien la volonté tout à fait légitime de Mme Touraine et de certains de ses collègues de connaître le plus vite possible les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM. Je vous rappelle néanmoins que le second avis de la commission des comptes de la sécurité sociale est rendu entre le 15 septembre et le 15 octobre. Obtenir l'avis du comité d'alerte pour le 15 octobre est un délai déjà très contraignant. L'avancer au 1<sup>er</sup> octobre ne me paraît par conséquent pas raisonnable et risque de poser d'importants problèmes. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

*(L'amendement n° 402 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 401.

L'estimez-vous satisfait, madame Touraine, le retirez-vous ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il ne recoupe pas tout à fait les amendements identiques n° 336 et 130 puisqu'il prévoit en outre la transmission au Parlement de l'avis du comité d'alerte.

**Mme Marisol Touraine.** Vous avez raison, madame la ministre, et je vous remercie de votre vigilance. Le présent amendement est un peu plus ambitieux que les amendements identiques n° 336 et 130 que l'Assemblée vient d'adopter, puisqu'il prévoit la transmission au Parlement de l'avis du comité d'alerte, disposition qui me semble dans l'ordre des choses.

**M. Jean Mallot.** Eh oui, on ne peut pas la refuser !

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je considère que la précision qu'apporte l'amendement est utile, même si elle va de soi. Le Gouvernement émet donc un avis favorable.

*(L'amendement n° 401 est adopté.)*

*(L'article 34, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 34 (amendement précédemment réservé)

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Vitel, pour soutenir l'amendement n° 563, portant article additionnel après l'article 34.

**M. Philippe Vitel.** Les engagements conventionnels des professionnels de santé ont un impact sur les dépenses de l'assurance maladie. Il semblerait donc utile que la représentation nationale dispose chaque année des états financiers de ces engagements conventionnels. C'est pourquoi je propose que « la commission des comptes de la sécurité sociale [inclue] chaque année dans ses rapports un bilan d'évaluation du respect des engagements financiers contenus dans les conventions conclues par les professions de santé avec l'assurance maladie ».

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Favorable. Mieux informer le Parlement sur le réalisme de la construction de l'ONDAM me paraît une bonne mesure, d'autant que le bilan que propose l'amendement n'est pas redondant avec les rapports existants.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Favorable à cet excellent amendement.

*(L'amendement n° 563 est adopté.)*



**Article 35 (précédemment réservé)**

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine, inscrite sur l'article 35.

**Mme Marisol Touraine.** Cet article vise à instaurer une révision tous les cinq ans de la hiérarchisation des actes médicaux. Il nous paraît important que toutes les décisions qui ont des répercussions financières, notamment celles qui portent sur la hiérarchisation des actes, soient prises en concertation et avec l'avis des fédérations hospitalières. Il serait erroné d'imaginer que seules la médecine ambulatoire et la médecine de ville sont concernées. On voit bien du reste de quelle manière les hôpitaux, et les établissements de santé au sens large, se trouvent affectés par des décisions sur lesquelles ils n'ont pas été amenés à donner leur avis et à la définition desquelles ils n'ont pas été amenés à participer.

Alors que le réexamen périodique de la hiérarchisation des actes paraît aller de soi, il nous semble nécessaire que l'ensemble des acteurs de santé concernés y soient associés et en particulier les hôpitaux.

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

**M. Jean-Luc Prével.** La révision périodique de la classification commune des actes médicaux est indispensable. Il paraît néanmoins important que la commission *ad hoc* soit auditionnée et que les propositions de ses experts soient prises en compte. De même, il convient de procéder à une revalorisation périodique des actes techniques qui constituerait peut-être une solution aux dépassements d'honoraires.

J'aimerais savoir, madame la ministre, où en est la CCAM clinique que nous avons évoquée à de nombreuses reprises et qui, malheureusement, n'a toujours pas été mise en œuvre alors qu'elle permettrait la prise en compte des consultations longues et de procéder à une hiérarchisation des actes cliniques.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 338, visant à supprimer l'article.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement vise avant tout à susciter un débat et une prise de position gouvernementale car il est vrai que cet article introduit une nouvelle règle de révision périodique de la nomenclature qui présente de très nombreux avantages. Reste que les syndicats médicaux s'en inquiètent, craignant un « retour des lettres clés flottantes » ; aussi une réponse du Gouvernement sur ce point serait-elle de nature à les rassurer.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. La mise à jour régulière de la classification commune des actes médicaux est une nécessité unanimement reconnue. Nous n'avons d'ailleurs que trop tardé à réviser les nomenclatures. L'article propose une révision quinquennale de la hiérarchisation des actes. Chacun sait qu'un acte médical n'a plus la même qualité ou la même valeur technique aujourd'hui qu'il y a dix ans. Il faut par conséquent évoluer.

Pour répondre à M. Prével, j'ajoute qu'un dialogue avec la commission *ad hoc*, entourée des représentants des collègues et des partenaires conventionnels, est bien prévu par l'article. Rien ne se fera de façon autoritaire mais il paraît indispensable de réviser tous les cinq ans les actes et les prestations médicales, mesure souhaitée par tous les acteurs, j'y insiste, y compris par les professionnels.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je voudrais indiquer à Jean-Luc Prével que la CCAM sera un élément majeur des négociations conventionnelles. Les travaux continuent, et je voudrais vous donner quelques exemples d'actes récemment inscrits. Je ne peux pas me résigner à ne pas en faire quelque description : la pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée et par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC ; l'épreuve fonctionnelle de l'appareil respiratoire ; six actes d'assistance respiratoire, dont l'oxygénothérapie hyperbare avec inhalation d'oxygène pur d'une durée minimale de soixante minutes à une pression de 200 à 280 kilopascals ; sept actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide.

D'autres actes seront prochainement inscrits ou sont susceptibles d'être concernés par la révision : la détection de l'allèle HLA B 5701 préalable au traitement par abacavir ; la détermination prénatale du sexe fœtal à partir du sang maternel ; ou encore la recherche de *Bordetella pertussis* et de *Bordetella parapertussis* par amplification génique.

Je pourrais dresser une liste plus complète encore de ces travaux extrêmement intéressants, qui montre que la révision de la liste des actes est un sujet de débats continus.

Par ailleurs, la CHAP des médecins a validé, lors de sa réunion du 24 mars 2010, la hiérarchisation de plusieurs actes, dont les suivants : l'anastomose tubo-tubaire unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie ou par laparotomie ; la myomectomie de l'utérus par abord vaginal ; ou encore la mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore. Ce ne sont là que quelques exemples. Je pourrais vous en citer d'autres. (*Sourires*)

**M. Jean Mallot.** Sans fiches !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** C'est extrêmement intéressant, et je souhaitais porter ces éléments à la connaissance de la représentation nationale, pour montrer que le chantier est en constante évolution et en constant examen.

**M. Jean Mallot.** Et avec la musique, ça donne quoi ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Tout dépend si l'on est en version concert ou avec une mise en scène opératique.

Revenons à l'amendement de M. Tian. Si j'ai bien compris vos inquiétudes, monsieur Tian, vous craignez que le Gouvernement, non seulement remette en cause le travail de la commission de hiérarchisation des actes et prestations, la CHAP, mais adosse lui-même la valeur des actes à des objectifs de maîtrise comptable. Je pense bien traduire votre pensée.

Je souhaite préciser que cette mesure ne restreint en aucune façon les compétences respectives des partenaires conventionnels et de la CHAP, puisqu'il revient toujours à celle-ci d'établir la hiérarchisation des actes, dans le respect des règles qu'elle s'est données, évidemment, comme il revient toujours aux partenaires conventionnels de fixer le tarif de ces actes et prestations.

Par ailleurs, l'UNCAM reste compétente, à titre principal, pour proposer et inscrire ces actes nouveaux, après avis de la HAS et de l'UNOCAM, ce qui est classique.

Cette mesure ne modifie donc en rien la procédure d'inscription, de modification ou de radiation des actes ou prestations sur la liste des actes ou prestations remboursés par l'assurance maladie.

En revanche, et comme cela est mentionné dans l'exposé des motifs, elle est indispensable si l'on souhaite éviter que la classification ne devienne totalement obsolète, comme ce fut le cas, naguère, avec l'ancienne « nomenclature générale des actes professionnels ».

Je pense donc, cher Dominique Tian, que vous êtes largement satisfait. S'il vous était possible de retirer votre amendement, je crois que nous nous rencontrerions.

**M. le président.** Vous retirez l'amendement, monsieur Tian ?

**M. Dominique Tian.** Je le retire.

*(L'amendement n° 338 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 697 de la commission des affaires sociales.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Amendement de coordination.

*(L'amendement n° 697, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 382.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

**M. Jean-Luc Prél, rapporteur.** Cet amendement vise à prendre en compte ce que vous venez d'indiquer, madame la ministre, puisqu'il prévoit que la révision de la liste se fera « après avis de la commission de hiérarchisation des actes professionnels ». Cela permettrait de lever toutes les inquiétudes.

Je vous l'ai dit tout à l'heure, la révision des actes et de leur hiérarchisation est absolument nécessaire. Qu'il y soit procédé tous les cinq ans, c'est d'ailleurs sans doute un délai un peu long, et la revalorisation devrait sans doute se faire en continu, après avis de ces experts. C'est la condition d'une véritable réactivité. La hiérarchisation est une chose très technique, et nécessite donc l'avis des experts concernés.

J'ajoute qu'il y a un lien entre l'appréciation de la CCAM technique et la revalorisation des honoraires qui devrait suivre. Cela réglerait peut-être en partie le problème des dépassements d'honoraires.

Madame la ministre, vous allez peut-être pouvoir nous donner d'autres exemples, parce que je vous pose maintenant la question de la CCAM clinique. C'est un vrai problème. Les professionnels de santé qui n'ont pas d'actes techniques à effectuer – en particulier les pédiatres, les psychiatres, les endocrinologues – sont aujourd'hui, au sens littéral du terme, les parents pauvres des professions de santé. Il serait donc judicieux, me semble-t-il, de mettre en œuvre une véritable CCAM clinique, et peut-être d'y inclure la consultation longue.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement. L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que « la hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention » médicale. Cela veut bien dire ce que cela veut dire : ces commissions *ad hoc*, qui incluent les professionnels de santé, évaluent les modifications de la liste. C'est ce qui est écrit noir sur blanc.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** L'argumentation que j'ai développée tout à l'heure en réponse à Dominique Tian vaut également pour répondre aux préoccupations de M. Prél. Il ne s'agit en aucun cas de restreindre les responsabilités des partenaires conventionnels ou de la CHAP. C'est pourquoi je demanderai également à M. Prél de retirer son amendement. À défaut, j'y serais défavorable.

Bien évidemment, je comprends son souci en ce qui concerne la révision de la CCAM clinique. Cette question constituera un menu substantiel des négociations conventionnelles qui vont s'ouvrir.

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

**M. Philippe Vitel.** Durant la discussion générale, je vous ai fait part de mes inquiétudes sur l'état bucco-dentaire des Français. À cet égard, le rapport de la Cour des comptes est très saisissant. Il objective le fait que la CCAM des actes bucco-dentaires est totalement obsolète, en ce sens que les actes hors nomenclature, qui ne sont pas remboursables, sont aujourd'hui les plus nécessaires, les plus souvent pratiqués et les plus en phase avec les progrès techniques réalisés ces dernières années.

Lorsque les chirurgiens dentistes réclament la révision de leur CCAM, l'UNCAM leur rétorque qu'elle ne peut se faire qu'à budget constant. Par conséquent, si le remboursement des soins conservateurs, qui est aujourd'hui beaucoup trop faible, était réévalué à la hausse, ce ne pourrait être qu'au détriment d'autres soins, et en particulier des prothèses.

J'en étais presque venu à proposer l'idée d'un sous-ONDAM dentaire. C'est peut-être une position maximaliste, mais il est important de braquer le projecteur sur ce qui constitue un réel problème de santé publique dans notre pays.

Je crois réellement, et ce que vient de dire Jean-Luc Prél me conforte dans cette idée, que c'est vers la révision complète des CCAM, dans tous les domaines, en particulier dans celui-là, que nous devons aller.

L'amendement que j'ai défendu tout à l'heure, et auquel vous avez bien voulu donner un avis favorable, madame la ministre, va dans le sens de cette nécessaire transparence, sur les ambitions conventionnelles comme sur la qualité du remboursement et de la prise en charge des prestations.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Les préoccupations de Philippe Vitel sont très largement partagées par le Gouvernement. La santé bucco-dentaire est un pan extrêmement important de la santé publique. Dès 2001, nous entamerons des négociations avec les chirurgiens dentistes pour aller dans le sens que vient d'indiquer M. Vitel.

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

**M. Jean-Luc Prélé.** J'ai été convaincu par les arguments de Mme la ministre. Je le retire donc.

*(L'amendement n° 382 est retiré.)*

*(L'article 35, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 35 (amendements précédemment réservés)

**M. le président.** Nous en venons à plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 35. Ils avaient été précédemment réservés.

Je suis saisi d'un amendement n° 506.

La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** Je reviens d'un mot sur l'article 35, que nous venons d'adopter. Il est très important. Nous n'avons pas parlé de certains dispositifs médicaux, par exemple les pacemakers, ou encore les nouvelles pompes à insuline implantables. C'est vraiment un article très important.

L'amendement n° 506 l'est aussi à nos yeux, madame la ministre. Il convient, nous semble-t-il, d'améliorer l'information des patients en matière de dépassements d'honoraires, et notamment en supprimant la subordination de l'obligation d'information à un seuil de dépassement, qui est aujourd'hui de 70 euros et qui est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les associations de patients nous font remonter des informations qui mettent en évidence la difficulté d'accès aux soins due aux dépassements d'honoraires. Le Médiateur de la République, M. Delevoye, nous a parlé de ces millions de familles dont le budget est déséquilibré lorsque survient un incident intercurrent occasionnant une dépense mensuelle de l'ordre de 50 à 100 euros. Un dépassement de 65 euros est donc susceptible de constituer un réel obstacle à l'accès aux soins. Il faut que le patient en soit informé à l'avance, ne serait-ce que pour pouvoir s'y préparer, même s'il accepte ce dépassement.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement déposé par les membres du groupe socialiste. Même si l'on peut partager cette préoccupation devant les excès auxquels donnent parfois lieu les dépassements d'honoraires, je rappelle que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait obligé les professionnels de santé à remettre au patient une information écrite préalable, c'est-à-dire un devis, pour tout acte facturé au-dessus de 70 euros. D'autre part, l'affichage des tarifs est obligatoire dans tous les cabinets médicaux, ainsi que dans les établissements privés.

Je crois donc qu'il faut en rester au droit actuel.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Une petite confusion est souvent commise au sujet des 70 euros. J'entends souvent dire – et j'ai cru l'entendre dans les propos de M. Bapt, à moins que je ne me sois trompée, car il est trop averti de ces questions pour commettre cette confusion – que l'information écrite préalable délivrée au patient est obligatoire

si le dépassement est de 70 euros. Non, elle est obligatoire quand le tarif de l'acte, dépassement compris, est au total supérieur à 70 euros.

Le niveau de contrainte bureaucratique est donc fixé assez bas. Les professionnels de santé se plaignent, à juste titre, de ce que la paperasserie et la bureaucratie les empêchent de se consacrer à leur activité, qui est d'abord de soigner les patients. Or le seuil déclenchant l'obligation d'une information écrite a été fixé à 70 euros, dépassement compris : c'est déjà très bas. Nous avons ainsi atteint un bon compromis entre l'exigence d'information du patient et la nécessité que les contraintes que celle-ci impose restent acceptables pour les professionnels de santé. Je suis donc défavorable à cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine.** Derrière cette question d'information du patient se pose le problème de la pratique du dépassement d'honoraires, devenue presque systématique dans un nombre croissant de lieux. Vous pouvez considérer administrativement qu'un seuil de soixante-dix euros est très bas, mais cela veut dire que le nombre de praticiens dans notre pays qui dépassent ce seuil et qui doivent procéder à cette information est très élevé.

La vraie question est : pourquoi tant de praticiens imposent-ils des actes à des prix devenus prohibitifs pour un certain nombre de nos concitoyens ? Les dépassements d'honoraires sont la raison principale pour laquelle le reste à charge a augmenté pour les assurés français. En effet, les organismes complémentaires prennent de plus en plus en charge les forfaits hospitaliers, forfaits journaliers, et autres ; en revanche, les dépassements d'honoraires sont peu couverts par la très grande majorité des organismes complémentaires. On ne peut pas le regretter, sinon cela reviendrait à solvabiliser une pratique qui atteint des proportions délirantes.

Selon des données qui datent de deux ans, en Île-de-France – région qui est probablement, il est vrai, celle pour laquelle le taux des dépassements est le plus élevé avec la région PACA –, les taux de dépassement sont pratiquement de 200 % pour les neurochirurgiens, de 100 % les chirurgiens, de près de 100 % pour les ophtalmologistes, et de 73 % pour les psychiatres. Le tarif opposable devient une espèce de référence dont on ne sait plus bien à quoi elle sert, puisqu'elle n'est plus pratiquée par personne. Ces données pour l'Île-de-France sont spectaculaires ; au niveau national, toutes spécialités confondues, on estime les dépassements à environ 50 %, mais avec des différences extrêmement fortes.

On sait qu'une femme qui va accoucher, ou une personne qui va se faire équiper d'une prothèse de la hanche, ou qui se fait opérer du cristallin, vont certainement être confrontées à un dépassement d'honoraires à un moment ou un autre de leur parcours de soins.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Ces cas ne sont pas concernés par le seuil de soixante-dix euros, tous ces actes coûtent bien plus cher !

**Mme Marisol Touraine.** Cela dépend, la prothèse elle-même coûte bien plus cher, mais il peut y avoir toute une série d'actes coûtant cinquante ou soixante euros, et leur accumulation devient prohibitive.

Au-delà de la nécessité d'informer, cet amendement constate que l'on ne peut plus continuer ainsi, dans un système où les tarifs opposables ne sont pratiqués par



personne, au point que les gens ne les connaissent même plus, et dans lequel aucune mesure n'est prise contre les dépassements d'honoraires.

L'idée de secteur optionnel risque plutôt de renforcer les dépassements d'honoraires, en ouvrant la possibilité à des praticiens de secteur 1 de les réaliser. Dans notre pays, les dépassements d'honoraires explosent, et rien n'est fait pour limiter certaines pratiques abusives. Il est donc nécessaire d'engager une politique résolue en ce sens si l'on ne veut pas que l'impossibilité d'accéder aux soins devienne une réalité pour un nombre croissant de nos concitoyens.

Notre amendement est une façon d'attirer l'attention sur cette réalité préoccupante et problématique.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je ne peux pas laisser Mme Touraine dire que rien n'a été fait.

**Mme Martine Billard.** Pas grand-chose en tout cas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Les dépassements d'honoraires sont une préoccupation constante du Gouvernement et de l'assurance-maladie, qui développe des systèmes d'information très accessibles permettant de trouver des praticiens exerçant en secteur 1. Il est toujours possible de s'adresser à eux, en particulier à l'hôpital public.

Vos exemples ne me semblent pas pertinents : par définition, les actes des chirurgiens et des neurochirurgiens dépassent toujours soixante-dix euros, et c'est là que se retrouvent les dépassements les plus importants. Ils sont concernés par la fourniture de l'information sur les tarifs.

Vous évoquez également la succession des actes, mais justement : le seuil de soixante-dix euros ne vaut plus lorsqu'il y a succession d'actes, puisque dès la deuxième consultation, ce seuil disparaît, et n'y eût-il qu'un seul euro de dépassement, il doit être porté à la connaissance du patient. Les éléments que vous donnez en exemple ne sont donc pas recevables. L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur cet amendement.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement, puisque si l'on a attiré l'attention sur les dépassements d'honoraires, nous avons fait le choix d'essayer de faire vivre le secteur optionnel, comme la ministre l'a rappelé lors de la discussion générale. Donnons une chance à ce secteur optionnel dans les mois à venir, nous verrons ensuite s'il faut revoir ce problème. Il y a déjà des mesures permettant d'afficher les actes, de faire des devis, et de surveiller les dépassements d'honoraires.

**M. le président.** Je ne demande pas l'avis du Gouvernement, puisque la ministre l'a déjà donné. La parole est à M. Gérard Bapt.

**M. Gérard Bapt.** Le rapporteur vient d'indiquer son intention d'essayer de faire vivre le secteur optionnel dans les mois qui viennent.

Nous souhaiterions avoir des précisions, notamment sur le champ des compétences et des fonctions. Jusqu'à présent, il semblait que le secteur optionnel concernait surtout certains professionnels de plateaux techniques.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Nous ne pouvons pas préempter les négociations conventionnelles.

(L'amendement n° 506 n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 438.

La parole est à Mme Martine Billard.

**Mme Martine Billard.** Cet amendement porte également sur les dépassements d'honoraires, et propose de les limiter à 15 % pour les actes techniques.

J'ai entendu M. le rapporteur et Mme la ministre expliquer que, puisque l'information était fournie, la question était pratiquement réglée. Mais en admettant que cette information figure partout, ce qui n'est pas encore tout à fait vrai, lorsqu'un patient voit l'annonce du dépassement d'honoraires, s'il a de petits moyens, il aura été informé, mais le dépassement demeure.

Nous avons reçu beaucoup de rapports sur le sujet, dont un de l'IGAS, et il n'y a toujours pas de volonté de limiter ces dépassements d'honoraires. Lors du dernier PLFSS, Mme la ministre nous avait dit qu'il fallait miser sur la bonne foi des professionnels, et sur les bonnes pratiques, en clarifiant les notions de « tact et mesure ». Mais j'entends le même discours tous les ans depuis que j'ai été élue députée, en 2002, et il n'y a toujours pas eu de décision pour limiter ces dépassements d'honoraires. Rappelons qu'ils ont doublé en quinze ans : ils sont passés de 763 millions d'euros en 1990 à 2 milliards d'euros en 2005.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Ils ont donc triplé.

**Mme Martine Billard.** Ils ont triplé, vous avez raison.

On ne peut pas accepter cette explosion des dépassements d'honoraires, et penser que nos concitoyens vont continuer à pouvoir se soigner, quel que soit leur revenu. La réalité est là : de plus en plus de Français sont obligés de renoncer à des soins ou de les reporter, puisque ces dépassements d'honoraires ne sont presque pas pris en charge par les complémentaires, ce qui est logique, et les rares fois où ils sont pris en charge, les montants de cotisation sont tels que peu de nos concitoyens peuvent les payer.

L'IGAS note dans son rapport que si les dépassements d'honoraires baissaient des trois quarts, le renoncement aux soins ou les reports de soins diminueraient. Or, ils concernent aujourd'hui 26 % des Français.

J'ai bien peur que ce débat soit sans fin, mais nous demandons avec constance qu'une vraie volonté politique impose une limite à ces dépassements d'honoraires, et que l'on n'en reste pas au « tact et mesure ». Nous en avons vu les résultats : le « tact et mesure », c'est un triplement des sommes perçues par les professionnels de santé qui ne font pas partie des catégories les plus défavorisées en France, puisque ce sont les spécialistes qui profitent le plus de ces dépassements d'honoraires, et non les généralistes qui sont ceux qui ont les plus petits revenus parmi les médecins.

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

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

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

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

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

**M. Jean-Luc Prével**. C'est un sujet important, bien que je ne sois pas favorable à cet amendement trop restrictif. Le dépassement d'honoraires est un problème majeur dans notre pays, et la loi HPST, ou loi Bachelot – grâce à laquelle Mme la ministre laissera sans doute son nom à la postérité –, proposait l'égal accès de tous à des soins de qualité. J'avais lourdement insisté au cours des débats pour que cela passe par un tarif opposable, faute de quoi beaucoup de nos concitoyens ne pourront pas avoir accès à des soins de qualité. Pour de nombreuses spécialités dans de nombreux départements, il existe un réel problème.

Deux questions se posent : d'une part, j'avais déposé un amendement demandant un quota minimum d'actes dans les établissements, notamment privés, pour qu'il y ait accès aux soins remboursés par l'assurance-maladie. D'autre part se pose le problème de la mise en œuvre du secteur optionnel. De mon point de vue, il ne constitue pas la panacée, car il ne s'adresse pas à l'ensemble des professionnels mais uniquement aux plateaux techniques, qui ne sont pas, et de loin, les plus défavorisés. Il serait nécessaire de l'étendre à l'ensemble des professionnels.

L'accord a été obtenu entre l'union nationale des caisses d'assurance-maladie, l'union des complémentaires et les syndicats de médecins ; il m'aurait paru judicieux de le mettre en œuvre dans le règlement arbitral. J'espère qu'il pourra l'être dans la prochaine convention, mais pour ma part, je souhaite qu'il soit étendu à l'ensemble des professionnels, car en limiter le champ aux plateaux techniques me paraît une solution très imparfaite.

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

**Mme Martine Billard**. Cette stratégie n'est pas incohérente, elle est très bien pensée politiquement, mais elle aboutit à ce que nos concitoyens, lorsqu'ils n'ont pas les moyens d'aller consulter un spécialiste dans le secteur privé du fait des dépassements d'honoraires, notamment pour des maladies graves, attendent le dernier moment, et cela se termine à l'hôpital.

Il ne faut pas s'étonner ensuite qu'il y ait un afflux important dans les services d'urgences des hôpitaux, auxquels ces derniers ont du mal à faire face. La réalité, c'est que cette politique de dépassements d'honoraires, en laissant un reste à charge trop important pour nos concitoyens, contribue à faire des services d'urgences hospitalières la dernière solution.

Il ne faut pas ensuite pleurer sur la situation de l'hôpital, comme vous le faites parfois.

**Mme Marie-Christine Dalloz**. C'est excessif !

*(L'amendement n° 438 n'est pas adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 507.

La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur**. Nous proposons d'insérer, après l'article 35, la phrase suivante : « Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. »

Cette proposition vise à garantir l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins. La loi HPST impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. C'est le minimum au vu de la politique de démantèlement de l'hôpital public qui est menée actuellement. Dans ce cadre, les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et évaluer leur installation sur le territoire, afin de permettre une réelle accessibilité des soins. Or le niveau de tarification des actes conduit souvent à des reports, voire des impossibilités de soins. Dès lors, il convient de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé, en lui demandant de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1. Cette mesure aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins et permettrait au plus grand nombre d'y accéder, car nous avons, à plusieurs reprises, mis en évidence les difficultés auxquelles sont désormais confrontés nos concitoyens.

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

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Je regrette tout d'abord la caricature de notre collègue sur le « démantèlement de l'hôpital public ».

**M. Guy Lefrand**. Nous aussi !

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Je ne peux pas laisser dire que l'on s'engage dans une politique de démantèlement de l'hôpital public compte tenu de tous les efforts accomplis en faveur de l'hôpital public et de sa défense.

Quant aux équipements lourds, ils concernent surtout les radiologies : les IRM, les scanners. Or, près de 90 % de ces praticiens sont en secteur 1 et ont des tarifs opposables. Il est donc extrêmement rare d'assister à des dépassements d'honoraires importants dans le domaine des examens radiologiques dits lourds.

Il faut en outre faire confiance à ce secteur optionnel – M. Prével l'a rappelé –, et nous sommes tous favorables à son développement dans les mois à venir. L'année prochaine s'engageront des négociations conventionnelles.

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

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

L'explication du rapporteur a été particulièrement pertinente. Les équipements lourds sont utilisés presque complètement par des praticiens qui exercent en secteur 1 et au tarif opposable. Il y a certes des problèmes, mais franchement, ils ne se situent pas là.

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

**M. Gérard Bapt**. Sur la proposition du rapporteur de la commission des affaires sociales, un amendement avait été adopté prévoyant, au cas où les négociations conventionnelles n'aboutiraient pas, que le Parlement prenne ses responsabilités. La date butoir était fixée au 15 octobre 2009. Il y a eu des élections, mais depuis un an le Parlement aurait dû être amené à traiter ce problème. Madame la ministre, vous reconnaissez vous-même que le dépassement d'honoraires prend des proportions aujourd'hui inacceptables et dangereuses pour la santé publique.

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

**M. Daniel Garrigue.** Aujourd'hui, nous assistons en matière d'équipements lourds, notamment de radiologie, à un affaiblissement de la frontière entre le secteur public et le secteur privé. C'est une bonne chose. Dans les villes moyennes un effort de mutualisation important est réalisé. La plupart des praticiens sont en secteur 1. Mais un certain nombre de difficultés peuvent se poser pour la permanence des soins par exemple. Elle est presque toujours assurée par les praticiens hospitaliers. Il est vrai que les praticiens libéraux, même s'ils sont dans une formule mutualisée, éprouvent certaines difficultés à participer à cet effort.

Il serait logique, même si cela ne doit toucher qu'un petit nombre de cas, de contribuer à uniformiser les règles. En matière de conventionnement, je pense donc que cet amendement va dans la bonne direction.

*(L'amendement n° 507 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 608.

La parole est à Mme Martine Billard.

**Mme Martine Billard.** Par cet amendement nous proposons que dans le cadre du suivi des affections longue durée, le paiement se fasse non plus à l'acte, mais forfaitairement. Tous les rapports démontrent que les ALD augmentent et pèsent de plus en plus lourdement dans les dépenses d'assurance maladie. Nous considérons que le paiement à l'acte est, de fait, une pratique inflationniste, surtout dans le suivi des affections de longue durée.

On peut citer des précédents d'accords de paiement au forfait dans le cadre de suivis spécifiques. Nous proposons donc un paiement forfaitaire pour le suivi des patients en ALD pour leur pathologie entrant dans ce cadre.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Nous partageons tous l'avis de Mme Billard. Il a souvent été dit que des rémunérations différentes du paiement à l'acte devaient être prévues, en particulier pour les maladies chroniques ou les affections de longue durée. Mais cela ne peut pas être défini dans la loi. C'est de nature réglementaire ou ce doit être négocié avec les caisses d'assurance maladie, les payeurs et les professionnels de santé.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il est vrai que le paiement à l'acte a atteint ses limites, en particulier dans la prise en charge des affections longue durée. C'est pourquoi il existe déjà une partie forfaitaire de 40 euros perçus par le médecin traitant pour un suivi de qualité, ce forfait s'ajoutant bien entendu au paiement à l'acte.

Je vous rappelle les attendus de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et son article 44 qui a proposé les voies et les moyens de pratiquer la substitution au paiement à l'acte.

La première phase d'expérimentation s'est achevée et nous sommes entrés dans la phase opérationnelle le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Deux modules sont actuellement expérimentés. Le premier – « missions coordonnées » – vise à rémunérer les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs : management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle. Le deuxième module propose un paiement forfaitaire, substitutif au paiement à l'acte, pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient. Nous envisageons un

module, qui expérimenterait un forfait à la capitation, qui serait fonction de la performance pour la prise en charge des patients chroniques. Nous irions ainsi au bout de la logique que vous préconisez. Nous avons une démarche dynamique dans ce dossier, qui me tient particulièrement à cœur. Une évaluation nationale de ces expérimentations est prévue. Elle déterminera leur impact sur l'efficacité du système de soins, en termes de qualité des soins, de qualité de la prise en charge des patients et sur l'impact médico-économique. Si les conclusions sont positives, nous envisagerons une généralisation.

Nous ne restons pas les bras ballants sur ce sujet particulièrement important, qui demande une démarche expérimentale et non technocratique.

Pour cette raison, je suis défavorable à cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine.** La question du mode de rémunération des professionnels de santé revient, année après année, dans nos débats. M. le rapporteur a dit que nous étions tous d'accord. Dans ce cas, passons à l'acte.

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

**Mme Marisol Touraine.** À la vitesse d'une tortue !

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

**Mme Marisol Touraine.** Je ne connais aucun patient à qui l'on ait proposé de s'inscrire dans une démarche où le professionnel qui le suivrait serait rémunéré de manière forfaitaire. L'amendement proposé cible les ALD, mais on sait bien que plus généralement, pour réguler les dépenses de santé et les relations avec les professionnels et les patients, la façon de rémunérer le professionnel est devenue centrale. Nous arrivons au bout du mécanisme du paiement à l'acte individualisé, consultation après consultation.

On nous répond que la question relève de textes réglementaires. Mais ces textes, nous les attendons toujours ! Nous avons inscrit dans la loi une volonté politique qui permet d'accélérer le processus réglementaire. Mais nous avons rappelé hier qu'une grande partie des décrets d'application de la dernière loi de financement de la sécurité sociale n'avait pas été prise. On peut donc légitimement s'interroger sur le bien-fondé d'un renvoi au réglementaire.

Si la réponse qu'on nous fait n'est pas strictement juridique, comme celle du rapporteur, mais invoque la progressivité du processus, comme l'a fait Mme la ministre, je crains que nous ne parvenions au bout d'un processus.

Honnêtement, depuis trois ou quatre ans, cette question est posée. Nous devons disposer d'études précises. Nous souhaiterions que le Gouvernement indique le mode de rémunération des professionnels, par exemple que 30 % des actes ou des suivis peuvent être concernés et non simplement les ALD, mais les enfants ou les personnes âgées, par exemple. On nous parle d'expérimentation, mais nous n'en avons jamais les résultats. Alors, il est temps de passer par la loi, qui marque la volonté de s'engager dans un autre mécanisme de rémunération des professions de santé.

*(L'amendement n° 608 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 432.

La parole est à Mme Marie-Françoise Clergeau.



**Mme Marie-Françoise Clergeau.** L'amendement propose : « Les médecins autorisés à pratiquer, en vertu des conventions prévues à l'article L. 162-5, des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elles fixent doivent effectuer au minimum cinquante pour cent de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent. »

Aucune mesure n'a été prise contre les dépassements d'honoraires alors que, dans le même temps, l'accès aux soins diminue pour les personnes les plus fragiles. Il convient donc de prendre des mesures d'urgence.

La volonté affichée par Mme la ministre de la santé de lutter contre ces dépassements lors de l'examen de la loi HPST n'a été suivie d'aucune mesure concrète. Le secteur optionnel, dont on parle depuis plusieurs années, devrait voir le jour. Mais il ne réglera pas le problème du dépassement d'honoraires, bien au contraire. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé cet amendement qui vise à restreindre les dépassements d'honoraires.

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

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

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

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

*(L'amendement n° 432 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 421 et 466, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean Mallot, pour soutenir l'amendement n° 421.

**M. Jean Mallot.** Cet amendement vise à insérer à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale la phrase suivante : « Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies ».

Cette proposition résulte des conclusions des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, que j'ai l'honneur de présider avec Pierre Morange. Contrairement aux amendements discutés hier soir, il s'agit bien de préconisations votées par la MECSS dans le rapport de Catherine Lemorton en 2008, donc de la mise en œuvre de travaux aboutis.

Ces travaux ont conduit à privilégier le critère de l'amélioration du service médical rendu. Actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un *placebo*, et dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des comparateurs. Il paraît évident que par rapport au *placebo*, un médicament aura toujours un effet. Cela étant, ce qui nous intéresse, c'est de connaître son efficacité par rapport aux médicaments existants.

Une majorité des médicaments qui sont évalués par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu – 58 % en 2005, 54 % en 2006. Le critère d'ASMR est donc loin d'être marginal.

Dans le but de privilégier l'admission au remboursement des médicaments qui apportent une réelle ASMR, nous souhaitons que cette appréciation soit fondée non seulement sur une comparaison avec un *placebo*, mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique, qui doit être selon nous le fondement du remboursement.

**M. le président.** La parole est à Mme Martine Billard, pour présenter l'amendement n° 425.

**Mme Martine Billard.** Notre amendement va dans le même sens que le précédent. Nous proposons de compléter l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent. »

Comme vient de le rappeler notre collègue Jean Mallot, certains médicaments sont mis sur le marché bien qu'ils n'apportent pas grand-chose par rapport à des médicaments existants, avec pour conséquence un coût supplémentaire pour l'assurance maladie. Il vaudrait mieux réserver l'augmentation des dépenses à des médicaments qui apportent réellement un plus, plutôt qu'à favoriser la démultiplication de médicaments similaires sous des marques différentes. Tout le monde devrait se retrouver autour de cette proposition. Je suis d'ailleurs prête – si vous le jugez utile – à me rallier à une meilleure formulation de l'amendement.

**M. Jean Mallot.** Bien sûr.

**Mme Martine Billard.** Ce qui nous importe c'est le fond. Premièrement, au plan de la santé, nous voulons privilégier ce qui est efficace. Deuxièmement, au plan économique, nous ne voulons pas engager de dépenses inutiles, alors que ces sommes pourraient servir à d'autres dépenses, d'autant qu'il y a des médicaments de plus en plus chers, notamment pour soigner des pathologies graves. Il ne faudrait pas retarder la mise sur le marché de tels médicaments parce qu'on aurait « gaspillé » sur d'autres les ressources nécessaires.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a donné un avis défavorable. Les essais avec des comparateurs existent déjà, monsieur Mallot.

**M. Jean Mallot.** Pas systématiquement.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Les laboratoires de recherche y procèdent régulièrement. En outre, la Haute Autorité de santé est chargée de publier des avis médicaux et économiques. Par ailleurs – et vous l'admettez vous-même –, il n'existe pas toujours de comparateurs.

Je vous indique aussi, mais vous le savez, que les prescriptions pour un même médicament peuvent évoluer dans le temps. L'acide acétylsalicylique, par exemple, qui avait un rôle antalgique, a maintenant un rôle antiagrégant plaquettaire, et cela n'a pas fait l'objet de comparaisons. Faudrait-il dès lors lui refuser l'AMM ?

**M. Jean Mallot.** Les AMM peuvent s'étendre, se modifier.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il faut savoir raison garder.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Très bien.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Votre amendement est tout à fait inutile.

**M. Jean Mallot.** Non.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Il ne s'agit pas de remettre en cause l'utilité des études comparatives – elles sont évidemment utiles.

**M. Jean Mallot.** Quand elles existent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** En revanche, vouloir les rendre obligatoires pose problème. Il est impossible de conduire une multitude d'essais cliniques adaptés aux différents contextes géographiques ; le comparateur dans un pays ne sera pas jugé pertinent par d'autres. Les entreprises adoptent une stratégie de développement qui correspond à un compromis entre les coûts que représentent les études et les perspectives du médicament. L'inconvénient qui en résulte, c'est que ces études sont parfois peu adaptées aux stratégies thérapeutiques locales.

Il faut savoir que l'évaluation par la Haute Autorité de santé d'une demande d'inscription au remboursement d'un médicament fait intervenir la question de la place dudit médicament dans la stratégie thérapeutique, et que l'absence d'études cliniques comparatives n'est évidemment pas un bon point – c'est un facteur négatif – dans l'évaluation du médicament.

Il est dans l'intérêt des industriels de conduire autant que possible de tels essais, mais il faut reconnaître également que la taille du marché français n'est, à l'évidence, pas suffisante pour imposer systématiquement de telles contraintes. Mme Billard a parlé des thérapeutiques innovantes avec des produits parfois fort coûteux, ce qui retarderait la mise à la disposition des malades de ces thérapeutiques et leur admission au remboursement.

**Mme Martine Billard.** Non ! Si c'est innovant, il n'y a pas de comparateurs.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** L'échelle européenne est, à mon avis, bien adaptée à ces stratégies comparatives. C'est la raison pour laquelle les travaux de la révision de la directive Pharmacovigilance renforcent la possibilité, au moment de la procédure d'AMM, de requérir des études comparatives. Il faut s'inscrire dans une démarche proactive et non d'obligation qui aurait sans doute des résultats contradictoires.

Avis défavorable donc.

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

**M. Jean Mallot.** Nous souhaitons privilégier l'admission au remboursement des médicaments – il n'est pas question de s'opposer à leur développement –, qui apportent une réelle amélioration du service médical rendu. C'est la moindre des choses.

Mme la ministre vient de dire que l'intérêt des laboratoires est de procéder à ces tests. M. le rapporteur, lui, a déclaré qu'ils étaient faits quand c'était possible.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ils sont toujours faits.

**M. Jean Mallot.** Dès lors pourquoi ne pas les rendre obligatoires, puisque c'est l'intérêt de la puissance publique ?

*(L'amendement n° 421 n'est pas adopté.)*

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

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 425.

La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Il s'agit de traduire une des préconisations – proposée par Catherine Lemorton – du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rendu en avril 2008. Nous proposons donc d'écrire :

« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

Cela répond à une logique conforme à l'intérêt général. L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu détermine le niveau de prix du médicament, mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu, mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Dans un but d'aide à la décision ainsi que de transparence et d'analyse des remboursements des médicaments selon leur ASMR, il est souhaitable que la HAS établisse une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. Le SMR de chaque médicament est déjà public.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Tout à fait.

**M. Jean Mallot.** Et alors ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Pourquoi le rajouter ?

**M. Jean Mallot.** Il faut pouvoir disposer d'un document que l'on peut consulter.

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

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

Comme vient de le dire Jean-Pierre Door, le niveau de SMR est connu. Vous préconisez une sorte de liste...

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Liste noire.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** ... une liste qui classerait les médicaments d'une classe thérapeutique par niveau de SMR.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Un top 50 !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Cela aboutirait à un effet pervers immédiat. Les praticiens choisiraient immédiatement le niveau de SMR le plus élevé. Or ce n'est pas toujours indiqué. On peut excellentement soigner des hypertensions artérielles légères ou sans complications, par exemple, avec un antihypertenseur qui n'est pas au niveau SMR le plus élevé.

L'obligation serait contreproductive.

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** Très juste.

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

**M. Jean Mallot.** Je regrette l'appréciation implicite de Mme la ministre sur la manière de prescrire des médicaments. J'ose espérer qu'ils n'ont pas de tels automatismes. J'ai trop de

respect pour leurs compétences pour laisser entendre une telle chose. J'espère que cela ne reflétait pas votre pensée, madame la ministre. (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Quel grand exercice de démagogie!

**M. Jean Mallot**. I partout!

(*L'amendement n° 425 n'est pas adopté.*)

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 422.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine**. L'amendement est défendu.

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

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Cet amendement a été adopté par la commission. À titre personnel, j'ai émis un avis défavorable, car je ne suis pas sûr que le législateur doive se pencher sur chaque acte.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Amendement superfétatoire. Le code de la sécurité sociale donne cette possibilité autant que de besoin. La loi de 2004 a également prévu un certain nombre de dispositifs.

Avis défavorable.

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

#### **Article 36 (précédemment réservé)**

**M. le président**. La parole est à Mme Marisol Touraine, première oratrice inscrite sur l'article.

**Mme Marisol Touraine**. Cet article me donne l'occasion de prolonger le débat sur le service médical rendu et les médicaments.

La régulation des médicaments par le comité économique des produits de santé – le CEPS – est un sujet désormais mieux connu. Je rappelle que, dans notre pays, la consommation de médicaments est le principal facteur de croissance des dépenses de santé pour ce qui est des dépenses de ville, en dehors de l'hôpital. Notre pays est le plus grand consommateur de médicaments en Europe. Cette situation ne renvoie pas uniquement à une sorte de comportement compulsif des Français qui, par principe, absorberaient beaucoup de médicaments.

Elle renvoie au fait que la part des génériques – même si elle a considérablement augmenté au cours des dernières années, ce dont il faut se réjouir – reste inférieure à ce que l'on constate dans d'autres pays et à ce que l'on pourrait souhaiter. Elle est liée également à une certaine tendance à privilégier les médicaments les plus récents sur le marché, qui sont les plus performants à un moment donné, mais pas nécessairement les mieux à même de répondre à telle ou telle pathologie.

Face à cette situation, la principale réponse du Gouvernement a été – en dehors du soutien au développement du générique, que nous approuvons et qui doit être poursuivi – la mise en place des franchises médicales. Or celles-ci n'ont aucun impact sur la consommation de médicaments utiles. Leur impact est financier dans la mesure où elles font faire des économies à la sécurité sociale. Mais elles aboutissent à des

effets d'éviction de ceux qui ne sont pas en mesure de payer le reste à charge. Il nous semble donc nécessaire d'avoir une politique du médicament qui renforce les génériques – ce qui devrait être presque naturellement le cas les prochaines années. On peut espérer assister à une baisse « naturelle » de la part des dépenses de médicaments dans la part des dépenses de santé.

Quoi qu'il en soit, il est absolument indispensable de mieux expliciter la question du service médical rendu, ainsi que celle de la proximité entre les laboratoires pharmaceutiques et les patients, en particulier ceux qui sont engagés dans un processus d'éducation thérapeutique : tous les dispositifs sont bons dès lors qu'ils rapprochent les laboratoires des patients.

Telles sont les questions sur lesquelles porteront nos amendements à l'article 36.

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

**M. Gérard Bapt**. Je souhaite revenir sur le CEPS à l'occasion de cet article, car j'étais absent au moment où l'amendement n° 421 a été examiné.

Le CEPS fixe le prix des médicaments ; ce faisant, il doit absolument tenir compte non seulement du service médical rendu, par les médicaments comme par les dispositifs médicaux, mais aussi de l'efficacité de la molécule ou du dispositif par rapport à ceux qui existent déjà.

De ce point de vue, madame la ministre, la situation peut être améliorée. Ainsi, une molécule dont on parle beaucoup en ce moment, et dont il était question hier encore dans la presse, le benfluorex, était remboursée au taux maximal jusqu'en novembre 2009. Pourtant, en novembre 1999, soit dix ans plus tôt, la commission de transparence en a signalé l'absence d'intérêt pour la santé publique, qu'il s'agisse du traitement du diabète ou de celui de l'hypertriglycéridémie, les deux prescriptions indiquées par l'autorisation de mise sur le marché. Et, en septembre 2000, la commission nationale de pharmacologie confirmait à son tour l'absence d'effet de la molécule sur le taux de triglycérides et son infériorité par rapport à la metformine comme adjuvant au régime adapté au traitement du diabète. Pourtant, dix ans plus tard, le benfluorex était encore remboursé au taux maximal!

Si nous insistons sur la transparence en matière d'évaluation de la qualité d'une molécule ou d'un dispositif et de fixation de son taux de remboursement, c'est donc au nom de la santé publique, s'agissant de médicaments ou de dispositifs qui peuvent comporter des effets secondaires indésirables.

**M. le président**. Sur l'article 36, je suis saisi d'un amendement n° 447.

La parole est à Mme Martine Billard.

**Mme Martine Billard**. Selon l'alinéa 8 de l'article 36, « en cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit [...], le comité économique des produits de santé peut prononcer [...] une pénalité financière ».

Afin de rendre cette pénalité automatique, nous proposons de remplacer les mots « peut prononcer » par le mot « prononce ».

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

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



L'automatisme des sanctions serait contraire à la démarche conventionnelle entreprise avec le CEPS. À ce propos, je rends hommage à l'esprit de responsabilité dont fait preuve le CEPS et, à titre personnel, à son président, qui a beaucoup fait ces dernières années dans le cadre des contrats et des accords-cadres conclus avec les entreprises pharmaceutiques.

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

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

L'amendement priverait le fabricant de la procédure contradictoire qui lui permet de présenter ses observations au CEPS avant qu'une pénalité financière ne soit prononcée. Cela me semble contrevénir totalement aux droits élémentaires de la défense.

*(L'amendement n° 447 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 698 de la commission.

**M. Jean-Pierre Door.** Rédactionnel.

*(L'amendement n° 698, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 36, amendé, est adopté.)*

#### Après l'article 36 (amendements précédemment réservés)

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 135 de la commission.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il s'agit d'éviter tout effet d'aubaine, dans le cadre de la procédure de remboursement des bourses en cas de rupture du contrat d'engagement avec les jeunes médecins.

L'amendement tend à remédier à un oubli de la loi HPST sur ce point.

*(L'amendement n° 135, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, nos 752 et 559, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 752 du Gouvernement.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je suis favorable sur le principe à l'amendement n° 559 de M. Guy Lefrand.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je ne veux pas dire, cher Guy Lefrand, que le mien est meilleur. *(Sourires.)*

**M. Guy Lefrand.** Il l'est certainement, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Mais nous avons largement retravaillé le vôtre ensemble, car il posait plusieurs problèmes.

Nous poursuivons bien évidemment le même objectif : développer la prise en charge à domicile, parce qu'elle est source de bien-être pour le patient, qui retrouve grâce à elle plus d'autonomie.

Il s'agit en outre d'une stratégie gagnant-gagnant – sans jeu de mots –, car cette forme de prise en charge permet à l'assurance maladie de réaliser des économies.

Je vous propose donc de compléter le premier alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée : « Il favorise le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation. »

Monsieur Lefrand, je vous suggère, si vous en êtes d'accord, de retirer votre amendement au profit d'un amendement « Gouvernement-Lefrand ». *(« Oh là là ! » sur tous les bancs.)*

**M. le président.** Ce n'est pas l'annonce faite à Marie, mais l'annonce faite à Lefrand ! *(Rires.)*

**M. Jean Mallot.** Excellent !

**M. le président.** La parole est à M. Guy Lefrand, pour soutenir l'amendement n° 559.

**M. Guy Lefrand.** Il est toujours difficile de prendre la parole après Mme la ministre, surtout quand elle me propose des choses aussi agréables ! *(Rires.)* Nous retirerons naturellement notre amendement au profit de celui de Mme la ministre, qui ne pouvait être que mieux rédigé, par définition. *(Sourires.)*

Par cet amendement, mes collègues – notamment MM. Vitel et Rolland – et moi-même souhaitons, dans le prolongement de la loi Bachelot ou loi HPST, accroître les possibilités offertes aux directeurs généraux des ARS de favoriser le développement de la prise en charge à domicile, dans le cadre des SROS hospitaliers et ambulatoires.

Il s'agit d'abord d'améliorer la qualité des soins dont bénéficient les patients et leur qualité de vie...

**M. Yves Bur, rapporteur.** Très bien !

**M. Guy Lefrand.** ... et, accessoirement, de faciliter le financement de la prise en charge.

*(L'amendement n° 559 est retiré.)*

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 752 ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement n'a pu être examiné par la commission, mais, à titre personnel, je lui suis naturellement favorable.

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

**M. Jean-Luc Prével.** Sur le principe, je suis naturellement d'accord pour que l'on développe les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation, même s'il faut veiller à ce que l'accompagnement des soins, tant physique que psychologique, soit également assuré.

Cela étant, madame la ministre, quelle place réservez-vous à l'hospitalisation à domicile, assimilée à un établissement depuis la loi HPST ? N'y a-t-il pas ambiguïté lorsque l'on parle d'alternative à l'hospitalisation ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Monsieur Prével sait que, dans la loi HPST, j'ai défini différents outils afin de faire de l'hospitalisation à domicile un

mode majeur de prise en charge. Je suis disposée à débattre de l'hospitalisation à domicile avec lui à un autre moment de la discussion.

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

**M. Jean-Luc Prével.** Sauf erreur de ma part, l'hospitalisation à domicile est devenue un établissement hospitalier. Dès lors, quelle est la place de l'hospitalisation à domicile lorsque l'on parle d'alternative à l'hospitalisation ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** L'hospitalisation à domicile n'est pas une alternative à l'hospitalisation, mais une forme d'hospitalisation. Je l'ai répété dans la loi HPST, et je réfute le bien-fondé de l'expression « alternative à l'hospitalisation » dans ce cas.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Très bien !

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

**M. Jean Mallot.** Nous voterons cet amendement.

Deux remarques : d'une part, je regrette que l'exposé sommaire n'insiste que sur la source d'économie potentielle pour l'assurance maladie. C'est important, certes, mais nous devons privilégier la qualité des soins et la santé des patients.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je l'ai dit aussi !

**M. Jean Mallot.** J'abonde dans votre sens, madame la ministre. Mais même si cela peut paraître aller sans dire, cela va parfois mieux en le disant.

D'autre part, nous devons penser à tout ce qui doit accompagner cette démarche afin de garantir la sécurité et la qualité des soins dispensés.

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

**M. Jean-Luc Prével.** J'ai bien compris les propos de Mme la ministre, mais ils m'inquiètent un peu.

De mon point de vue, l'hospitalisation à domicile, même si elle est devenue un établissement, demeure une alternative à l'hospitalisation proprement dite dans un établissement public ou privé. C'est une bonne solution. Si vous considérez qu'il ne s'agit pas d'une alternative à l'hospitalisation, cela pose un véritable problème.

**M. Guy Lefrand.** C'est une hospitalisation !

*(L'amendement n° 752 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 137 de la commission.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement vise à développer le recours à la dialyse péritonéale à domicile. Il répondrait ainsi à une demande récurrente.

Cette pratique est possible dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation. Elle permet d'économiser des transports, elle est source d'économies pour l'assurance maladie.

Si nous parlons en termes d'économies, c'est pour que cet amendement soit jugé recevable par la commission des finances au titre de l'article 40.

**M. Jean Mallot.** Vous n'êtes pas obligés de ne parler que de cela !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Mais l'essentiel est le confort des patients.

On constate une grande disparité entre régions, le taux de patients traités par dialyse péritonéale à domicile variant de 8% à 20 ou 30 %. Nous devons donc progresser dans cette voie, surtout pour le bien des patients, souvent âgés.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Oui, pour eux d'abord !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Avis favorable à cet excellent amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je précise simplement que le véritable gain d'efficacité passera par une augmentation des greffes de rein, traitement le plus efficace de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Tel est le sens de mon action. J'ai ainsi demandé le 22 juin dernier à l'agence de la biomédecine de lancer un nouvel élan pour la greffe. Vous retrouverez en outre des dispositions en ce sens dans la loi bioéthique : la possibilité que j'y ouvre de recourir au don croisé d'organes permettra de réaliser davantage de greffes. La présente mesure doit être replacée dans cette perspective.

Nous ne disposons pas encore des évaluations médico-économiques de la Haute autorité de santé sur la stratégie la plus efficace en matière de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. Les résultats de ses travaux sont attendus pour le début de l'année 2012, dans un délai très proche, donc.

Par ailleurs, dans le cadre de la priorité que je donne aux agences régionales de santé dans la gestion du risque, l'un des dix objectifs retenus pour 2010-2011 est précisément de lever les freins au développement de la greffe et de la dialyse à domicile.

Les agences doivent donc d'abord avoir réalisé un état des lieux particulièrement poussé au sujet de cette affection pour que le SROS puisse développer greffes et dialyses à domicile.

Les consignes que j'ai données me paraissent tout à fait aller dans le sens voulu par l'Assemblée nationale.

**M. le président.** La parole est à Mme Anny Poursinoff.

**Mme Anny Poursinoff.** Je profite de cette discussion pour souligner que l'augmentation des actes infirmiers n'a rien d'étonnant car ce sont pour une grande part les infirmières qui prennent en charge ces soins à domicile.

*(L'amendement n° 137 est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 673.

La parole est à M. Daniel Garrigue.

**M. Daniel Garrigue.** Cet amendement tend à répondre au problème de la démographie médicale.

Ce problème, que nous avons abordé à plusieurs reprises dans cet hémicycle, touche prioritairement les zones rurales et certaines régions, mais il affecte également de plus en plus les villes moyennes.

Je prendrai l'exemple de Bergerac, qui ne se situe pourtant pas dans la zone la plus défavorisée en ce domaine : 46 % des médecins généralistes y ont plus de soixante ans, les nouvelles installations se font au compte-gouttes et pour ce qui est des spécialités, même les plus courantes – je pense à l'ophtalmologie – les patients doivent attendre six mois à un an pour obtenir un rendez-vous.

Madame la ministre, je ne dis pas que vous êtes inactive. Je sais que vous avez élargi les *numerus clausus* et que vous avez établi un contrat d'engagement de service public. Les médecins eux-mêmes sont de plus en plus soucieux de ce problème. On le voit à travers le développement de la médecine de groupe, qui s'appuie sur les maisons de santé en milieu rural et sur les maisons médicales de garde en milieu urbain. Certains médecins s'organisent même pour promouvoir leur territoire en vue d'inciter leurs jeunes confrères à s'y installer.

Il n'empêche que les effets de l'élargissement de *numerus clausus* ne s'appliqueront pleinement que d'ici à une dizaine d'années. Il ne faut pas oublier non plus qu'une part grandissante de médecins, y compris parmi les généralistes, se dirigent vers des activités parallèles de médecins-conseils, d'experts en assurance, de praticiens en maison de retraite et même de diététiciens dans certaines grandes villes.

La situation impose donc d'assurer une régulation, qui apparaît de plus en plus indispensable. Cet amendement prévoit ainsi d'établir une régulation concertée à travers des conventions entre caisses régionales d'assurance maladie et syndicats de médecins. Ces conventions seraient établies par spécialité et, éventuellement, par secteur territorial.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission n'a pas examiné cet amendement, mais, à titre personnel, j'y suis défavorable.

Vous avez évoqué, monsieur Garrigue, les ARS créées par la loi HPST. Ces agences sont en charge de la mise en place des schémas régionaux d'organisation des soins, les fameux SROS. Attendons qu'ils soient effectifs plutôt que d'en venir à des mesures qui sembleraient un peu coercitives.

Par ailleurs, la convention que vous envisagez risquerait d'être unilatérale, avec des caisses sans professionnels en face d'elles car ceux-ci refusent ce genre de mesures coercitives.

**M. Daniel Garrigue.** C'est faux !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je remercie Daniel Garrigue d'avoir fait mention dans son amendement d'outils qui figurent dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » ainsi que dans d'autres lois comme les lois de financement de la sécurité sociale. Ces outils, nous les avons mis à la disposition des différents acteurs de l'organisation des soins pour répondre au problème de la démographie médicale.

Aujourd'hui, nous payons les pots cassés de la politique malthusienne menée au début des années 1990. Nous avons d'ores et déjà commencé à redresser la situation : le

*numerus clausus* a augmenté. Toutefois, il est évident que les effets de cette politique sur la démographie médicale ne se feront pas sentir avant 2025 puisqu'elle concerne des médecins qui débute actuellement leurs études.

Votre amendement, monsieur Garrigue, propose en creux de revenir sur la liberté d'installation. Or, comme Jean-Pierre Door l'a excellemment démontré, la démarche conventionnelle se heurte à des limites : ni les ARS ni les caisses d'assurance maladie ne trouveraient en face d'elles de partenaires conventionnels pour défendre une telle option. Pour ma part, je préfère laisser place aux démarches incitatives.

Par ailleurs, il faut compter avec la réforme des études médicales. Depuis 2007, nous avons réussi à porter la proportion d'étudiants optant pour la médecine générale de 37 % à 49 %. En ce domaine, les mesures votées par le Parlement à travers différents textes ont eu, de manière assez rapide, un impact important.

Je vous demande donc, monsieur Garrigue, de bien vouloir retirer cet amendement, même si je connais vos convictions en ce domaine.

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

**M. Daniel Garrigue.** M. le rapporteur évoque les SROS. Je suis désolé de dire que ceux-ci n'apportent aucune réponse !

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ils ne sont pas encore effectifs !

**M. Daniel Garrigue.** Ils concernent essentiellement les établissements de santé et ne répondent absolument pas au problème de l'installation des médecins. Ils n'ont aucun pouvoir en ce domaine.

Vous dites, madame la ministre, que les mesures proposées sont coercitives et qu'elles n'engageraient qu'une seule partie. Pourtant, ce sont les médecins eux-mêmes qui demandent qu'une convention de régulation intervienne.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Nous ne rencontrons pas les mêmes médecins alors !

**M. Daniel Garrigue.** Écoutez donc les médecins des villes moyennes et des zones rurales, ils vous le diront eux-mêmes.

Le principal blocage provient des professeurs de CHU, qui, compte tenu de la pénurie, souhaitent garder les médecins près de ces centres. Nous l'avons bien vu au moment de la grève des internes, mouvement qu'ils ont contribué à alimenter.

Vous affirmez encore, madame la ministre, que mon amendement met en cause la liberté d'installation, mais je vous opposerai qu'il existe des professions libérales dont l'installation est réglementée : pensons aux pharmaciens ou aux notaires. Ce type de mesures ne constituerait donc pas vraiment une révolution.

En outre, le dispositif que je propose en vue d'une régulation concertée entre caisses régionales d'assurance maladie et syndicats de médecins est susceptible d'être adapté aux diverses situations territoriales de notre pays, qui, nous le savons, sont très variables.

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



**M. Gérard Bapt.** Madame la ministre, l'amendement de M. Garrigue a l'intérêt de vouloir traiter cet énorme problème de démographie médicale qui se pose à nous aujourd'hui.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Vous y êtes favorable? C'est intéressant.

**M. Gérard Bapt.** Vous évoquez les SROS, mais il faut bien voir que, s'agissant de la médecine ambulatoire, ils ne seront pas contraignants.

En outre, sous la pression des syndicats de médecins, vous avez suspendu l'application de la seule mesure contraignante que vous aviez introduite dans la loi HPST, à savoir le contrat de solidarité qui obligeait les médecins des zones de surdensité à exercer dans des zones de sous-densité.

Cette mesure était-elle adaptée et efficiente? Je ne sais pas.

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. C'était une bonne mesure!

**M. Gérard Bapt.** Toujours est-il qu'elle n'entrera pas en vigueur, alors que le Parlement n'en a pas même décidé.

Voilà une mesure votée par la majorité, peut-être même à l'unanimité, ...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Vous aviez voté contre, vous n'allez pas la défendre maintenant! (*Rires sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Gérard Bapt.** Voilà pourquoi je rappelais nos doutes à propos de son efficacité, madame la ministre. Reste qu'elle a été votée par le Parlement. Vous nous dites, s'agissant du projet de loi de réforme des retraites, qu'il s'agit désormais d'une loi de la République. De la même manière, la disposition en question fait partie d'une loi de la République. Vous l'avez suspendue et pourquoi? Pour la raison simple que le président d'un syndicat de médecins a fait valoir les résultats des dernières régionales en laissant entendre que vous ne vouliez sans doute pas qu'une telle situation se reproduise.

Reste que le problème de la démographie médicale est particulièrement aigu. D'autres pays ont mis au point des solutions – elles passent parfois par le salariat, ce qui n'est pas envisageable chez nous –, mais elles montrent qu'il est possible de développer d'autres types d'initiatives. Nous savons – tout le monde le dit – que les mesures incitatives ne fonctionnent pas. Un collègue du groupe UMP, du littoral languedocien, me disait qu'il ne parvenait même pas à trouver de remplaçant depuis qu'il est devenu député après le décès de l'une de nos regrettées collègues.

Ce problème, vous l'esquivez au prétexte qu'on ne pourrait trouver de partenaires conventionnels pour accepter des mesures coercitives.

Ce refus n'a rien d'évident.

**M. le président.** Monsieur Bapt, veuillez conclure!

**M. Gérard Bapt.** D'abord parce que, dans certains pays, on oblige les jeunes médecins à exercer d'abord dans des zones de sous-densité. Ensuite parce que si l'intérêt public l'exige, le Parlement peut décider de prendre des mesures en ce sens.

**M. le président.** La parole est à M. Bertrand Pancher.

**M. Bertrand Pancher.** Ce débat est intéressant. Il faut d'abord avoir l'honnêteté de reconnaître que la situation s'améliore.

**Mme Marisol Touraine.** Vous avez de la chance de pouvoir faire de tels constats!

**M. Bertrand Pancher.** Je le constate dans un département très rural comme le mien, la Meuse. La mise en place des maisons médicales et d'outils de défiscalisation dans les zones de revitalisation rurale, les démarches des collaborateurs du ministère de la santé en direction des universités aboutissent à faire venir de jeunes praticiens dans des zones de désert médical.

Cependant, si j'estime qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place des mesures plus coercitives – je ne voterai pas pour l'amendement de M. Garrigue –, il me paraît nécessaire de rendre plus cohérents les divers dispositifs.

Je suis particulièrement frappé par le développement des maisons médicales, si fort que les jeunes médecins se demandent parfois dans laquelle ils doivent aller. Nous sommes même confrontés à une concurrence entre zones de revitalisation rurale et entre ces zones et les zones franches urbaines. Un exemple m'a beaucoup marqué à cet égard: un médecin d'un secteur difficile, parti s'installer à La Rochelle parce qu'il y avait une maison de vacances, a pu trouver à s'établir dans une zone de revitalisation urbaine, qui ouvre droit à des exonérations de charges.

Il m'apparaît nécessaire de remettre à plat ces dispositifs. Le processus est déjà engagé pour les zones de revitalisation rurale, à la suite du CIADT du 9 juillet dernier. C'est l'occasion de prendre en compte l'ensemble des dispositifs.

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

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. J'aimerais souligner l'importance de cette question, monsieur le président. Beaucoup a déjà été fait. Personne n'a de réponses définitives.

Tout d'abord, madame la ministre, j'aimerais vous interroger sur l'accord conventionnel entre les infirmières et l'assurance maladie. Visiblement, il s'agit d'un accord innovant. On nous dit même qu'il a de bons résultats. Pourrait-il servir de modèle si l'on trouve des acteurs médicaux et paramédicaux prêts à jouer le jeu? C'est une piste qu'il ne faut pas négliger. Elle mérite d'être suivie.

Le problème est certainement réel en milieu rural, mais dans ma propre commune de la banlieue de Strasbourg, 25 % à 30 % des médecins vont partir à la retraite dans les cinq prochaines années sans que la relève soit garantie. À qui, du maire ou de l'ARS, revient-il de se préoccuper de la situation? Je pense qu'un travail de partenariat sera nécessaire.

(*M. Maurice Leroy remplace M. Jean-Pierre Balligand au fauteuil de la présidence.*)

**PRÉSIDENT DE M. MAURICE LEROY,**

**vice-président**

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Effectivement, l'accord qui a été passé avec les organisations représentatives des infirmières est un modèle. Dans ces dialogues conventionnels, c'est comme en amour, il faut être deux. (*Sourires.*)

Les organisations représentatives des infirmières, moyennant des revalorisations tarifaires importantes, ont accepté des modulations à la liberté d'installation. Je constate que les organisations de médecins ne sont pas dans les mêmes dispositions.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Ils ne sont pas mûrs.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Quand à savoir qui doit être le premier acteur en matière de démographie médicale et d'amélioration de l'exercice médical, ce ne sont en tout cas ni les élus locaux ni l'administration mais bien les professionnels de santé eux-mêmes. D'ailleurs, pour tout projet médical d'un réseau ou d'un pôle de santé, d'une maison de santé pluridisciplinaire ou d'une maison médicale de garde, je mets en garde contre toute démarche qui privilégierait une approche bureaucratique ou technocratique. Ces structures sont portées d'abord par des professionnels médicaux, et même pilotées par un ou des médecins.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Tout à fait d'accord.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Sinon, certains acteurs qui croient bien faire s'exposeront à de graves désillusions.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour le secteur médico-social.** Tout à fait.

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

**M. Daniel Garrigue.** Les ARS n'ont malheureusement aucun pouvoir véritable dans ce domaine, si ce n'est de dispenser de bonnes paroles.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Oh non !

**M. Daniel Garrigue.** Si, c'est la vérité. Elles disposent bien de quelques outils pour encourager la médecine de groupe, qui répond de plus en plus aux aspirations des médecins et aux besoins des zones concernées. Malheureusement, l'expérience montre qu'ils n'apportent qu'une légère amélioration, qu'un soutien sans résoudre cette crise de démographie médicale, dont nous ne sommes qu'au début et qui va se prolonger, comme vous venez de le reconnaître, madame la ministre, au moins jusqu'en 2025. Dans quelle situation serons-nous dans quinze ans ?

Je suis tout à fait d'accord avec vous, plutôt qu'instaurer un dispositif de régulation bureaucratique, mieux vaut, comme vous l'aviez envisagé, une forme de régulation concertée à travers des conventions entre les caisses régionales d'assurance maladie et les syndicats de médecins. Ils ne sont pas mûrs, dites-vous. Je n'en suis pas si sûr. Les médecins sont de plus en plus nombreux à demander que cette régulation soit organisée. Vous savez comme moi que les pouvoirs publics doivent souvent encourager la concertation et le dialogue entre les partenaires. Il est malheureux de constater qu'ils se défont de cette nécessaire intervention.

*(L'amendement n° 673 n'est pas adopté.)*

**M. Daniel Garrigue.** Je ne sais pas comment vous comptez, monsieur le président !

**M. le président.** Cette mise en cause de la présidence n'est pas très élégante, monsieur Garrigue : je sais compter. Je n'ai jamais été pris en défaut de comptage à ce perchoir.

Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 139 et 460.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je retire l'amendement n° 139 au profit du n° 701 des mêmes auteurs, qui est plus précis.

*(L'amendement n° 139 est retiré.)*

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

**M. Jean-Luc Prél.** L'amendement n° 701 répond effectivement mieux au problème abordé, mais je souhaite malgré tout défendre le mien.

La dispensation des médicaments, notamment en EHPAD, peut poser des problèmes de sécurité. De mon point de vue, la préparation des doses de médicaments administrés constitue un réel progrès. Un décret est prévu, dont l'imminence est annoncée depuis un an. À ma connaissance, il n'est toujours pas sorti. En attendant, la jurisprudence n'est pas claire puisque plusieurs décisions contradictoires ont été prises par la justice. L'une d'elles prévoit notamment que le déconditionnement suivi du reconditionnement en blister nécessiterait une demande d'AMM, ce qui est tout à fait excessif.

Aujourd'hui, la PDA constitue un progrès en termes de sécurité. Il convient de la conforter. L'un des problèmes est sans doute la demande des professionnels d'être rémunérés pour y procéder, mais comme certains le font déjà, il faut les aider. Un autre problème soulevé par les professionnels est d'éviter que des monopoles ne soient instaurés sur des territoires par des pharmaciens ayant acheté des robots, qui s'occuperaient des PDA de plusieurs établissements.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Comme je l'ai déjà dit, cette question très intéressante me semble mieux traitée par l'amendement n° 701 qui propose de lever quelques freins. Or il y a un autre problème.

Il semble que les médicaments sortis des blisters puissent avoir, au bout de quelques jours, des effets secondaires néfastes. Le problème est réel : remettre ces médicaments sous blister conduirait à revenir dans le cadre juridique de l'AMM. Si le décret en préparation est prêt à sortir dans les jours qui viennent, cela réglerait toute la question de la PDA. Ce décret, je l'ai aperçu, mais j'attends de savoir s'il va sortir ou pas, madame la ministre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Le décret a reçu un avis conforme du Conseil d'État, il est à ma seule signature, et à celle du Premier ministre évidemment. Il devrait sortir dans les prochains jours.

**M. Jean Mallot.** Qu'on apporte le parapheur à Mme la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je veux assurer Jean-Pierre Door de ma célérité dans cette affaire. Au bénéfice de cette assurance, M. Prél pourrait peut-être retirer son amendement, d'autant que ces dispositions sont d'ordre réglementaire et non législatif.

**M. le président.** Entendez-vous cet appel, monsieur Prél ?

**M. Jean-Luc Prével.** Je vous ai bien entendue, madame la ministre. Le problème, c'est que la sortie imminente est annoncée depuis un an.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** L'avis du Conseil d'État n'était pas rendu.

**M. Jean-Luc Prével.** S'il ne reste qu'à apposer votre signature et celle du Premier ministre, cela ne devrait pas tarder. Je retire donc l'amendement.

*(L'amendement n° 460 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 461.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** En termes de dispensation des médicaments, les EHPAD ont constitué un vrai progrès dans la sécurité. Il convient d'étendre la possibilité de PDA aux personnes âgées dépendantes à domicile.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Avis défavorable. J'attends le décret promis pour les jours à venir.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Même avis. Les textes sont prêts, c'est une question de jours sinon de semaines.

**M. Jean-Luc Prével.** Il ne faut pas des semaines pour signer !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** C'est le principe de précaution.

*(L'amendement n° 461 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 701.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Comme je l'ai laissé entendre, je retire cet amendement.

*(L'amendement n° 701 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 142 et 20, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 142.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Il y a deux ans, nous avons voté un dispositif visant le regroupement de pharmacies, qui permettait de réunir des licences. Or il est apparu, dans certains endroits de France, qu'une licence plus une licence égale trois licences, ce qui interdit toute création de pharmacie même si l'augmentation de la démographie locale le justifie. L'amendement proposé tend à rectifier le dispositif pour rétablir de telles situations. La commission a émis un avis favorable.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Malherbe, pour soutenir l'amendement n° 20.

**M. Guy Malherbe.** Cet amendement, s'il est rédigé dans des termes différents, est identique en esprit à celui du rapporteur. Il vise à améliorer la rédaction du texte initial que nous avons voté il y a deux ans pour favoriser les regroupements de

pharmacies, indispensables et nécessaires à l'amélioration de l'économie des officines, et à corriger les problèmes d'application qui se sont posés.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** L'argumentation de MM. Door et Malherbe est assez convaincante, mais vous comprendrez qu'il m'est difficile de revenir sur l'interprétation de la mission juridique du Conseil d'État. Je vais donc laisser le débat se dérouler dans l'Assemblée. *(Sourires.)*

**M. le président.** Sagesse, donc.

**M. André Schneider.** Grande sagesse !

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

**M. Yves Bur, rapporteur.** Le problème est réel et, madame la ministre, vous en êtes parfaitement consciente. Lorsque nous les avons adoptées, nous n'avons pas envisagé toutes les exploitations qui pouvaient être faites des dispositions visant à reconfigurer l'offre des pharmacies dans le pays. En Alsace, nous sommes confrontés à des situations telles que celles que Jean-Pierre Door a décrites.

**M. Denis Jacquat, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour l'assurance vieillesse.** L'Alsace-Moselle !

**M. Yves Bur, rapporteur.** Le problème n'a rien à voir avec le régime local.

Deux pharmacies importantes ont souhaité se regrouper pour des raisons défensives afin d'empêcher, grâce à la loi du « un plus un égale trois », l'installation d'une pharmacie supplémentaire que la démographie justifiait. Il est donc tout à fait normal de clarifier ce point d'organisation.

Il ne s'agit pas de favoriser des stratégies délibérées. Il me semble d'ailleurs que, dans le cas alsacien, les deux pharmaciens ont l'intention de renoncer à leur regroupement dès lors qu'on ne peut pas empêcher l'installation d'une pharmacie supplémentaire justifiée par la démographie.

Je considère donc à titre personnel qu'une telle adaptation est tout à fait normale.

**M. le président.** La parole est à Mme Bérengère Poletti, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour le secteur médico-social.

**Mme Bérengère Poletti, rapporteure de la commission des affaires sociales, pour le secteur médico-social.** À l'époque où nous réorganisons nos territoires, madame la ministre, et où toutes les communes vont être regroupées au sein de communautés de communes ou d'agglomération, ne serait-il pas temps de lancer une réflexion sur l'installation des pharmacies à l'échelon intercommunal ?

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Une telle réflexion est absolument indispensable, en effet. Le regroupement des médecins risque de démailler certaines zones du territoire et la réflexion est entamée avec les différents acteurs et, en particulier, les organisations professionnelles représentatives des pharmaciens.

*(L'amendement n° 142 est adopté.)*



**M. le président.** En conséquence, l'amendement n° 20 tombe.

Je suis saisi d'un amendement n° 656.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

**M. Jean-Luc Prél.** Cet amendement concerne les interventions de la cataracte.

Le Gouvernement souhaite, et c'est justifié, faire des économies, développer les alternatives à l'hospitalisation et veiller à l'efficacité. Ces interventions sont très nombreuses en France, 450 000 environ, même si M. Mallot avait contesté le chiffre. C'est considérable. Dans la plupart des pays européens, il est possible de les réaliser en cabinet à condition qu'il y ait un cahier des charges précis. On utilise aujourd'hui un collyre anesthésique. Une anesthésie en salle n'est donc ni obligatoire ni nécessaire. Il convient par contre d'avoir un cahier des charges précis pour assurer la sécurité des patients.

Des ophtalmologues français ont fait une communication récente au congrès européen montrant l'intérêt d'une telle opération. Vous devriez, madame la ministre, être attentive à cette proposition, qui ne met pas en cause la sécurité et permet par ailleurs de faire de grandes économies.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La loi doit-elle intervenir ainsi acte par acte ? C'est la HAS qui pilote ce genre de problèmes après une analyse médico-économique de tous les actes, avec le souci d'assurer la sécurité des patients. Nous devons attendre qu'elle se prononce. C'est par ailleurs plutôt d'ordre réglementaire. La commission a donc émis un avis défavorable à cet amendement.

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

**M. Jean Mallot.** Éclairiez-nous, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** M. Prél ne se laisse pas aveugler et garde toujours un œil sur cette question de la cataracte. *(Sourires.)*

**M. Yves Bur, rapporteur.** Il s'agit d'y voir clair ! *(Sourires.)*

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Nous avons déjà abordé cette question, monsieur Prél, au cours de la discussion des différents PLFSS. Je vous avais répondu que j'attendais pour me prononcer définitivement l'avis de la Haute autorité de santé. Nous l'avons depuis juillet 2010.

La HAS a rappelé que la chirurgie de la cataracte était une véritable activité chirurgicale. Même si l'anesthésie est locale, cela ne modifie en rien le risque de l'acte chirurgical ni la rigueur et les précautions qui doivent l'accompagner. La chirurgie ambulatoire impose donc au médecin un niveau d'exigence élevé lié à la brièveté de la prise en charge et à l'enjeu permanent de la sécurité des soins. La HAS rappelle aussi que, même dans le cas d'une anesthésie topique, la présence de l'anesthésiste est nécessaire, du fait notamment de l'âge de la population cible et de l'existence de fréquentes comorbidités. Il peut en effet être nécessaire de compléter ou de modifier la modalité anesthésique au cours de l'intervention.

Au regard de cet avis, nous n'avons donc pas les garanties nécessaires pour que je donne un avis favorable à votre amendement.

*(L'amendement n° 656 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 394 rectifié.

La parole est à M. Yves Bur.

**M. Yves Bur, rapporteur.** L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 permet d'inscrire au répertoire des groupes génériques des spécialités qui, sans être strictement des médicaments génériques, en sont néanmoins très proches, ce qu'on appelle les quasi-génériques. La consommation de ces produits peut permettre à l'assurance maladie de réaliser une économie substantielle. Il convient donc d'encourager les officines à les substituer.

L'amendement permet d'étendre à cette catégorie de médicaments le plafonnement incitatif déjà applicable aux spécialités génériques. C'est plutôt une bonne nouvelle pour l'assurance maladie et pour les pharmaciens.

Je profite de l'occasion pour aborder deux questions ayant trait à la dispensation du médicament.

Il y a quelques années, nous avons autorisé les grands conditionnements pour trois mois. Cette mesure, dont on pouvait douter de l'efficacité et qui a été souvent critiquée, permet d'économiser un peu plus de 100 millions d'euros, et il y a pour quatre pathologies une économie potentielle de près de 400 millions si j'en crois un certain nombre d'études.

Enfin, je voudrais évoquer un problème qui touche directement les patients.

De plus en plus de pharmaciens se plaignent de la pénurie lors de la livraison d'un certain nombre de médicaments. Sur une commande d'une journée de cinquante et une lignes, par exemple, vingt lignes ne sont pas livrées parce que les grossistes répartiteurs ne disposent pas des médicaments commandés. Un autre jour, ce sont vingt-sept médicaments qui ne sont pas livrés sur une commande de soixante-dix-huit lignes. C'est vraiment une pénurie organisée.

Je ne sais pas d'où vient le problème. Quelques répartiteurs préfèrent-ils exporter ces médicaments de façon parallèle parce que les prix sont plus intéressants à l'étranger ou les laboratoires préfèrent-ils mettre en place des livraisons directes ? Le pharmacien peut en effet recevoir directement ces produits en téléphonant au fabricant. Il est temps en tout cas de clarifier la question des exportations parallèles, qui entraîne une certaine pénurie dans la distribution dans notre pays.

J'avais fait adopter l'an dernier un amendement permettant au fabricant de décider du prix à l'exportation, mais cette disposition a été rejetée par le Conseil constitutionnel. Adoptée dans le cadre du CSIS, elle mérite d'être mise en œuvre le plus rapidement possible. Il nous faut trouver un véhicule. Ce n'est pas simplement un problème lié aux exportations, cela concerne la dispensation du médicament. Des patients qui ont besoin de leurs médicaments ne les reçoivent pas parce qu'il y a des quotas de distribution. C'est inacceptable.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 394 rectifié ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cette mesure va dans le même sens qu'une initiative prise par la commission il y a deux ans. Elle peut offrir quelques avantages aux pharmaciens, nous ne pouvons donc qu'en être satisfaits. Nous avons eu l'aval, certes mesuré, du président du CEPS, le comité économique des produits de santé, pour qui c'est une mesure

intéressante, qui pourra notamment faciliter la génériation de certain produit en 2011. Je n'en donne pas le nom pour ne pas faire de publicité.

La commission est donc favorable à cet amendement.

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

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

Vous avez évoqué, monsieur Bur, la très juste disposition que vous aviez déposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 pour sortir de ce système de quotas qui engendre la pénurie. Elle a été censurée. Loin de moi l'idée de guider votre démarche parlementaire, mais vous pourriez utilement déposer une proposition de loi en ce sens.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Elle est prête !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Elle recueillerait un avis positif enthousiaste de la ministre de la santé.

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

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 714.

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Cet amendement vise à favoriser, par le biais de logiciels d'aide à la prescription, qu'on appelle déjà des LAP, la diffusion des recommandations et avis médico-économiques de la Haute autorité de santé et à inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques. Il prévoit aussi que la convention pourra instituer un dispositif d'aide à l'acquisition et donc à l'utilisation de ce genre de logiciels.

Il faut rendre à César ce qui est à César. C'est une proposition qu'avait faite Yves Bur, mais il n'avait pu la déposer en raison des contraintes liées au droit d'amendement.

J'impose deux éléments supplémentaires : l'affichage des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de prescription les plus efficaces établies par les instances scientifiques que la HAS aura identifiées, et l'appartenance de la molécule au répertoire des génériques.

Cette mesure vient compléter les objectifs poursuivis par la HAS lorsqu'elle certifie des logiciels d'aide à la prescription médicale. Vous les connaissez : contribuer à l'amélioration de la sécurité de la prescription médicamenteuse, faciliter le travail du prescripteur, diminuer le coût du traitement à qualité égale.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Favorable, et je vous remercie, madame la ministre, d'avoir repris un amendement que la commission avait adopté dans les mêmes termes.

*(L'amendement n° 714 est adopté.)*

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

Je suis saisi d'un amendement n° 575.

La parole est à M. Dominique Tian.

**M. Dominique Tian.** L'objectif est d'améliorer les conditions d'exercice et de développement de la dialyse hors centre, car, en centre, les coûts de transport sont très élevés pour l'assurance maladie, mais je me demande s'il n'est pas satisfait.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Comme le subodorait M. Tian, cet amendement est satisfait.

**M. Dominique Tian.** Je le retire.

*(L'amendement n° 575 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements, n° 145 et 339, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 145 fait l'objet d'un sous-amendement n° 668.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, rapporteur, pour défendre l'amendement n° 145.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Nous proposons que, lors du redémarrage de la vie conventionnelle, en 2011, lorsque tous les partenaires se mettront autour de la table pour réfléchir à la convention, soit évoquée la possibilité d'y intégrer le CAPI, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

Le CAPI connaît en effet un grand succès, auprès d'environ 15 000 médecins. On peut donc aller plus loin. En outre, les caisses d'assurance maladie demandent que le CAPI soit intégré dans la convention à venir.

**M. le président.** La parole est à M. Yves Bur, pour présenter le sous-amendement n° 668.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Ce sous-amendement tend à éviter que la généralisation du CAPI, par intégration dans les conventions, en réduise l'ambition. Il est en effet utile de prévoir une amélioration de l'information du Parlement sur l'exigence des objectifs fixés aux praticiens, au travers d'un bilan annuel des économies que le CAPI permet de réaliser.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je salue la réussite du contrat d'amélioration des pratiques individuelles : 16 000 médecins ont adhéré à cette démarche profondément innovante. Il a été mis en place en 2009. Je n'ai pas d'objection de principe à ce qu'il soit intégré dans le cadre conventionnel et nous en avons discuté à plusieurs reprises avec un certain nombre d'organisations représentatives des médecins.

Simplement, la démarche me paraît un peu prématurée. Mieux vaudrait, avant d'intégrer le CAPI dans la convention, procéder à une évaluation plus fine pour savoir si l'on tire du CAPI les bénéfices qui en étaient attendus pour la qualité des soins et l'efficacité médico-économique. Ce serait plus prudent. Je vous demanderai donc de retirer l'amendement, non pour une raison de principe, bien au contraire, mais pour procéder à cette évaluation.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour présenter l'amendement n° 339.

**M. Dominique Tian.** Cet amendement limite le champ prévu par celui du rapporteur : le CAPI ne pourrait être proposé aux médecins conventionnés et aux centres de santé que si la convention ne prévoit pas d'engagements identiques.

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

**M. Gérard Bapt.** Le groupe SRC apprécie la demande de retrait de l'amendement de Mme la ministre. Le sujet est en effet délicat. On a souligné précédemment que les négociations conventionnelles étaient difficiles s'agissant des conditions d'exercice et de leur cadre territorial. Elles ne le sont pas moins s'agissant des rémunérations et des conditions de prescription.

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

**M. Guy Lefrand.** Le groupe UMP est également favorable au retrait de l'amendement et adhère parfaitement, sur ce point, aux arguments de M. Bapt.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** J'ai bien entendu madame la ministre et je lui fais confiance, comme je l'ai toujours fait.

**M. Gérard Bapt.** La confiance vous rend aveugle ! (*Sourires.*)

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Non, c'est les yeux grand ouverts que je retire l'amendement (*Rires.*) compte tenu des déclarations de Mme la ministre.

(*L'amendement n° 145 est retiré.*)

**M. le président.** En conséquence, le sous-amendement n° 668 tombe.

Monsieur Tian, êtes-vous dans le même esprit ?

**M. Dominique Tian.** Je retire l'amendement.

(*L'amendement n° 339 est retiré.*)

**M. le président.** C'est parfait, le soleil luit sur notre hémicycle..

La parole est de nouveau à M. Dominique Tian, pour présenter son amendement n° 659.

**M. Dominique Tian.** Je le retire également ainsi que le suivant.

(*L'amendement n° 659 est retiré.*)

**M. le président.** Il en va donc de même de l'amendement n° 340.

(*L'amendement n° 340 est retiré.*)

**M. le président.** Monsieur Prével, présentez-vous l'amendement n° 488 ?

**M. Jean-Luc Prével.** Je le retire.

(*L'amendement n° 488 est retiré.*)

**M. le président.** Monsieur Door, qu'advient-il de l'amendement n° 146 de la commission ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je le retire.

(*L'amendement n° 146 est retiré.*)

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 566 et 578 rectifié.

La parole est à M. Philippe Vitel, pour présenter l'amendement n° 566.

**M. Philippe Vitel.** Cet amendement tend à réparer une inégalité dans la façon dont les caisses d'assurance maladie subventionnent une partie des cotisations dues, pour les centres de santé et pour les praticiens libéraux. En effet, dans le domaine bucco-dentaire en particulier, les centres de santé pratiquent également des actes hors nomenclature. Comme je l'ai exposé précédemment, les insuffisances de l'assurance-maladie conduisent à ces pratiques en particulier pour les prothèses et les soins d'orthodontie. Cette subvention représente, dans les centres de santé, 11,5 % des salaires bruts, incluant donc les revenus de ces actes hors nomenclature. En revanche, pour les libéraux, seuls les honoraires remboursables par l'assurance maladie obligatoire sont pris en considération pour fixer le montant de la subvention. Cette situation est inéquitable, et l'amendement essaye de la régler.

**M. Yves Bur, rapporteur.** C'est une demande ancienne.

**M. le président.** La parole est à M. Dominique Tian, pour défendre l'amendement n° 578 rectifié.

**M. Dominique Tian.** Il est défendu.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission n'a pas examiné ces deux amendements. J'avoue ne pas avoir d'avis, et j'attends donc la réponse de madame la ministre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Cette question de l'alignement des modalités de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations des centres de santé effectuant des dépassements d'honoraires sur celles des professionnels libéraux revient de façon récurrente et j'y ai déjà répondu à l'occasion de précédents PLFSS.

L'assiette de cotisations des professionnels libéraux est déterminée en fonction des honoraires qu'ils perçoivent sans tenir compte des dépassements. Pour les centres de santé, l'assiette des cotisations équivaut au salaire brut des professionnels salariés. Que le centre de santé pratique ou non des dépassements d'honoraires, le revenu des professionnels n'est pas affecté, et le montant des cotisations prises en charge par l'assurance maladie est donc inchangé. Dans les deux cas, on ne tient pas compte des dépassements. Je demanderai donc à leurs auteurs de retirer ces amendements. À défaut, j'y serai défavorable.

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

**M. Philippe Vitel.** Madame la ministre, il ne vous échappe pas que les salaires des praticiens qui y travaillent sont directement liés au chiffre d'affaires que réalise le centre de santé, dans lequel les dépassements sont automatiquement inclus.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Mais il n'y a pas d'intéressement dans les centres de santé !

**M. Philippe Vitel.** Il y a bien une répercussion en fonction des bénéficiaires.

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



**Mme Martine Billard.** Ce sont des praticiens salariés.

**M. Philippe Vitel.** Les salaires sont bien fonction du chiffre d'affaires et de l'activité.

**M. Jean Mallot.** Ce ne sont pas des dividendes !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Ce serait tout à fait illégal.

**M. le président.** Leurs auteurs retirent-ils ces amendements ?

**M. Philippe Vitel.** Je le retire.

**M. Dominique Tian.** De même.

*(Les amendements n° 566 et 578 rectifié sont retirés.)*

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Pierre Door, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 147.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Cet amendement propose d'étendre aux dispositifs médicaux l'encadrement applicable pour les médicaments.

*(L'amendement n° 147, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 538 rectifié.

La parole est à M. Yves Bur.

**M. Yves Bur, rapporteur.** Les obligations des bénéficiaires de la CMU, actuellement définies dans le code de la sécurité sociale ne tiennent compte que des revenus perçus en France.

Les résidents étrangers, membres de l'Union européenne, qui ne perçoivent pas de revenus en France sont par conséquent automatiquement éligibles au régime de la CMU, quels que soient leurs revenus dans leur pays d'origine. Cela vaut pour les Anglais dans le Périgord ou en Bretagne.

**M. Dominique Tian.** Dans leurs châteaux !

**M. Yves Bur, rapporteur.** Il en résulte un effet d'aubaine qui permet ainsi à des citoyens européens de bénéficier, en toute légalité, de la CMU, alors qu'ils ont par ailleurs des revenus très confortables dans leur pays d'origine.

Afin de renforcer les dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude, il est donc nécessaire que les caisses d'assurance maladie soient informées des revenus réels dont disposent les demandeurs, y compris donc ceux qu'ils perçoivent dans leur pays d'origine.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Je croyais que cet amendement figurait dans le dernier chapitre, concernant la lutte contre les fraudes.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Il porte sur l'aide médicale d'État.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission avait accepté cet amendement pour ouvrir le débat. Mais il pourrait peut-être être retiré au bénéfice des engagements que prendrait Mme la ministre sur le contrôle des bénéficiaires de la CMU.

**M. Yves Bur, rapporteur.** C'est du domaine législatif.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Effectivement, au-delà d'un revenu de 9 000 euros – 9 000 euros par an, vous l'aurez compris...

**M. Jean Mallot.** Ça, on avait compris ! Ce n'est pas M. Woerth qui est au banc du Gouvernement ! *(Rires.)*

**M. le président.** Monsieur Mallot, tout se passait bien. Laissez le soleil luire sur cet hémicycle.

**M. Jean Mallot.** Mais cela se passe toujours bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Cela se passe toujours bien, en effet.

Au-delà de ce seuil donc, les personnes qui peuvent bénéficier de la CMU de base sont redevables d'une cotisation calculée en fonction du revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition.

Mais nous n'en restons pas à ce revenu fiscal de référence. L'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale dispose que les caisses primaires d'assurance maladie peuvent également prendre en compte pour calculer l'assiette de cotisations l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie comme les revenus des biens immobiliers constitués à l'étranger. Depuis la loi de financement de 2009, les organismes de sécurité sociale peuvent également échanger avec leurs homologues de l'espace économique européen des données relatives aux revenus des personnes afin de mieux apprécier les ressources dont elles disposent, en application de l'article L. 114-22 du code.

Hors de l'Union européenne, les autorités françaises doivent mettre en œuvre elles-mêmes les contrôles indispensables. À titre d'exemple, le consulat général de France à Tunis vient d'agréer une société chargée de réaliser des constatations sur les situations d'assurés des régimes de sécurité sociale français. Dans ce cadre, il sera possible de vérifier les ressources des bénéficiaires.

Nous ne restons donc pas inactifs devant un certain nombre de fraudes possibles à la CMU. Nous nous donnons les moyens de les combattre. Au bénéfice de ces explications, M. Bur pourrait peut-être retirer cet amendement.

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

**Mme Marisol Touraine.** Je voudrais simplement préciser la portée de l'amendement. Ce qu'a dit Mme la ministre me paraît assez convaincant. Mais j'observe qu'il y a un décalage entre le texte de l'amendement et l'exposé des motifs, notamment dans la présentation que vient d'en faire M. Bur.

Il a mis en avant l'exemple de citoyens de l'Union européenne, des Anglais notamment, qui perçoivent un salaire ou une retraite dans un autre pays, et choisissent de s'installer temporairement ou définitivement en France. Que leurs revenus soient intégrés dans le décompte des ressources permettant ou non d'ouvrir droit à la CMU paraît logique. Mais Mme la ministre – qui a cité la Tunisie – et l'article n'ont pas la même conception que lui puisque, dans l'exposé des motifs de son amendement, la mesure proposée est limitée aux citoyens de l'Union européenne, ce qui nous place dans un cas de figure complètement différent.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** C'est le pays d'origine.

**Mme Marisol Touraine.** Cela nous conduit à nous poser des questions : soit il s'agit d'une simple mesure de bon sens, c'est-à-dire que l'on demande aux intéressés quels sont leurs revenus pour savoir s'ils ont droit à la CMU, soit il s'agit de l'ensemble des étrangers vivant dans notre pays, et il me semble que nous sommes alors dans le cadre de la législation actuelle décrite par Mme la ministre,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Tout à fait.

**Mme Marisol Touraine.** ...et qu'il n'est pas nécessaire de davantage préciser. Mais je ne suis pas certaine, monsieur Bur, que l'objet de votre amendement se cantonne aux ressortissants anglais qui oublieraient malencontreusement de rappeler qu'ils ont des revenus significatifs ailleurs qu'en France.

**M. Dominique Tian.** Je pense que l'amendement porte sur tous les étrangers.

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

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Hier, notre collègue Roland Muzeau a rappelé qu'il fallait raison garder concernant les fraudes à la CMU évoquées par Dominique Tian. À cet égard, les chiffres transmis à notre commission des affaires sociales par le président du conseil de surveillance de la CMU, à l'occasion du bilan des dix années du dispositif, montre qu'il y a souvent des idées reçues qu'il faudrait accepter de corriger. « La CMU coûte cher », disent certains. Le directeur a souligné que ce n'était pas vrai parce qu'il n'y a pas tant de personnes que cela qui y accèdent – on voit d'ailleurs bien que certaines personnes devraient pouvoir en bénéficier aujourd'hui. « La CMU est un facteur de fraude », entend-on aussi. Autre idée reçue, car sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport qu'il nous a présenté montre combien celle-ci a un caractère marginal : 220 cas pour la CMU de base et 588 pour la CMU-C en 2008, soit 1,5 % des cas de fraude à la sécurité sociale.

Yves Bur a rappelé l'histoire des Anglais couverts par la CMU. Certes, nous avons tous été marquées par cet épisode des Anglais du Gers,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Et en Dordogne !

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** ...mais ce cas a été monté en épingle car le rapport du conseil de surveillance de la CMU indique que cette affaire difficile a été réglée. Il faut évidemment se donner les moyens de pouvoir contrôler les fraudes, nous en sommes tous d'accord, mais ne renchérissons pas à propos de situations qui restent tout de même très marginales. Les fraudes ne sont pas toujours là où certains veulent nous le faire croire. (*Applaudissements sur de nombreux bancs du groupe SRC.*)

**Mme Danièle Hoffman-Rispal.** Très bien !

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

**M. Dominique Tian.** Je ne pensais pas que nous reprendrions ce débat aujourd'hui, mais je vais parler sous le contrôle du président Mallot (*Sourires*), qui, à la MECSS, s'occupe notamment de la fraude à la sécurité sociale. Si la fraude ne constituait pas un vrai sujet, la MECSS n'aurait pas souhaité enquêter là-dessus. Il s'agit de laisser la mission aller jusqu'au bout de ses investigations pour connaître l'ampleur du phénomène. Après, on verra si les craintes en ce domaine sont avérées.

En tout cas, je me réfère au rapport de la Cour des comptes, demandé par la MECSS : il a conclu que la fraude pourrait s'élever à 3 milliards d'euros. C'est un chiffre qui devrait amener à s'interroger les uns et les autres. Rien que pour la branche famille, on n'hésite à parler d'indus ou de fraude, mais ce n'est pas de la bonne gestion quand il s'agirait de 650 millions d'euros. Il me paraît donc normal que la représentation nationale s'intéresse à ce sujet.

J'en viens à l'amendement : je le trouve excellent, il n'a absolument rien d'excessif. Il s'agit seulement de pouvoir vérifier les revenus perçus dans le pays d'origine. Je ne vois pas en quoi cela pourrait nous gêner. Cet amendement doit être maintenu et adopté. Mme la ministre a cité l'exemple de la Tunisie, M. Bur a évoqué, quant à lui, des exemples européens, peu importe : toute personne qui demande la CMU, et donc une contribution de la part du système social français, qu'elle habite en Tunisie ou en Angleterre, doit pouvoir prouver qu'elle n'a pas de revenus qui l'excluent du plafond de la CMU. Ce doit être exactement la même règle quel que soit le pays d'origine.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Ça existe déjà, monsieur Tian.

**M. Dominique Tian.** Je ne vois pas ce qu'il y aurait de choquant. Plus la transparence est grande, mieux cela vaut pour tout le monde.

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

**M. Yves Bur, rapporteur.** Dans les cas que j'ai cités, on ne peut pas vraiment parler de fraude puisqu'il s'agit d'une optimisation de ce qui est législativement possible.

**M. Dominique Tian.** C'est une niche !

**M. Yves Bur, rapporteur.** Cela concerne essentiellement les résidents de l'Union européenne, car ceux-ci sont les plus visés en termes de plafond de revenus. Les résidents des autres pays n'ont pas souvent des revenus associés à leur présence en France ; en général, c'est l'inverse : ils cherchent des revenus dans notre pays. Notre volonté est bien de mettre fin à une ambiguïté. Il faut donner aux organismes de contrôle tous les moyens nécessaires. Mais procèdent-ils effectivement aux contrôles ?

Il y a deux options : soit je le retire en demandant que la MECSS éclaire ce sujet pour que nous puissions y revenir l'année prochaine, forts de ses conclusions, soit on me dit que les membres de la MECSS ne sont pas sûrs de s'occuper du sujet, et je maintiens mon amendement.

**M. Dominique Tian.** Je ne suis pas co-signataire, mais je le maintiendrais, monsieur le rapporteur !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je répète que les caisses ont tous les moyens...

**M. Yves Bur, rapporteur.** Mais elles ne les utilisent pas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** ... pour procéder aux vérifications et aux investigations. Y a-t-il un volontarisme suffisant de la part de toutes les caisses ? Vous reconnaissez, mesdames, messieurs les députés, que ce n'est pas une démarche législative supplémentaire qui leur insufflera plus de volonté pour contrôler les revenus.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Excatement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Il n'est pas la peine d'ajouter cette disposition à l'arsenal législatif ou réglementaire.

**Mme Marie-Christine Dalloz**. En effet ! Ce serait superfétatoire !

**M. le président**. Si l'amendement n° 538 rectifié était maintenu, l'avis du Gouvernement serait bien défavorable, madame la ministre ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Oui, monsieur le président.

**M. le président**. La parole est à M. Jean Mallot, puis nous passerons aux votes..

**M. Jean Mallot**. Je demande à nos collègues de bien vouloir laisser la MECSS poursuivre ses travaux tranquillement. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. Philippe Vitel**. J'ai confiance en elle !

**M. Jean Mallot**. Quand elle les aura achevés, elle fera connaître ses conclusions. Ne parlons pas à sa place avant. Je vous rappelle que nous avons déjà achevé divers travaux et préconisé un certain nombre de mesures concernant, entre autres, l'hôpital, le médicament. Votez déjà nos recommandations, et puis nous en viendrons au sujet de la fraude.

**M. le président**. Monsieur le rapporteur, maintenez-vous l'amendement n° 538 rectifié ?

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. Dès lors que la MECSS s'en occupe, je le retire.

(*L'amendement n° 538 rectifié est retiré.*)

**M. le président**. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 150 et 398 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 150.

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Cet amendement propose que soit remis chaque année au Parlement un rapport sur l'application du dispositif des franchises médicales. À titre personnel, j'y suis défavorable parce que le rapport existe déjà. Il a été remis ce mois-ci.

**M. Jean Mallot**. Ah bon ?

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. En effet, monsieur Mallot, le jour de la réunion de la commission. L'amendement est donc superfétatoire.

**M. le président**. La parole est à Mme Marisol Touraine, pour défendre l'amendement n° 398 rectifié.

**Mme Marisol Touraine**. Une précision, monsieur le rapporteur : ces amendements portent sur le délai de remise du rapport. Vous l'avez indiqué vous-même, le rapport nous a été transmis au début des travaux en commission, et il ne vous a pas échappé que nous souhaitons qu'il arrive dorénavant avant le 30 septembre.

**M. le président**. Monsieur le rapporteur, maintenez-vous l'amendement n° 150 ?

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Oui, monsieur le président, car il a été adopté par la commission.

**M. le président**. Quel est l'avis du Gouvernement sur les deux amendements identiques ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. La précision apportée par Mme Touraine est tout à fait utile et j'émet un avis favorable. (« Ah ! » *sur divers bancs.*)

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Le problème est réglé !

(*Les amendements identiques n° 150 et 398 rectifié sont adoptés.*)

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

Je suis saisi d'un amendement n° 149.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. C'est une initiative de notre collègue Yves Bur (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) et Jacques Domergue. Dans le cadre de la lutte contre le tabagisme, que nous avons encore évoquée hier,...

**Mme Marie-Christine Dalloz**. Tiens, il y avait longtemps !

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. ...il est proposé de prendre en charge le remboursement des traitements de substitution nicotinique. Je rappelle qu'il y a déjà une prise en charge, soit 50 euros par an sur prescription médicale, et 150 euros par an lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte. Nous ne sous-estimons pas l'impact d'une telle mesure pour les finances de l'assurance maladie. Aussi attendons-nous l'avis de Mme la ministre pour nous déterminer sur le maintien, ou non, de l'amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Le prix des substituts nicotinique n'a cessé de baisser, et il serait dommage de mettre un terme aux effets favorables de la concurrence. Je rappelle que nous avons tout de même consacré 60 millions d'euros, au cours des trois dernières années, à travers le FNPEIS – le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire –, aux traitements de substitution mentionnés par M. Door. Nous allons tripler le forfait des patchs anti-tabac pour les femmes enceintes...

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. Nous y voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. ...et les bénéficiaires de la CMU, dans le cadre du plan cancer 2009-2013, soit une prise en charge de 150 euros correspondant à trois mois de traitement. La ligne « substituts nicotiques » du FNPEIS va donc être abondée de 3 millions d'euros supplémentaires à partir de 2011. Le dispositif doit conserver un rôle de soutien financier susceptible d'inciter les fumeurs à se sevrer.

J'insiste sur le fait que le sevrage tabagique ne passe pas que par les substituts nicotiques, quelle que soit leur nature.

**Mme Marie-Christine Dalloz**. Très juste !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Ceux-ci sont évidemment complémentaires des campagnes de prévention et des hausses du prix du tabac, monsieur Bur.

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. C'est un sujet tabou ici, madame la ministre !



**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Un sujet sensible !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Le sujet n'est pas tabou, mais sensible en effet.

Les substituts nicotiques constituent une alternative, mais non la panacée. C'est la raison pour laquelle je trouve qu'en la matière, la solidarité nationale fait un effort déjà conséquent, qui consacre la place qu'ils occupent dans le sevrage antitabagique, mais rien que leur place. Je ne souhaite pas aller plus loin en ce domaine. Je demande donc le retrait de cet amendement.

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

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. Madame la ministre, j'ai déposé cet amendement au nom de Jacques Domergue, qui est très sensibilisé à cette question. Il souhaite notamment que les remboursements des substituts nicotiques soient quasiment à 100 % pour les femmes enceintes. Vous lui avez répondu en indiquant que vous alliez tripler la participation de l'assurance maladie à ce remboursement. En conséquence, l'amendement est satisfait et je le retire.

Cela étant, nous avons eu hier un débat, qui n'a pas beaucoup plu à certains de mes collègues, concernant la taxation des industriels eux-mêmes pour qu'ils participent ainsi aux campagnes de promotion. (*Exclamations sur divers bancs du groupe UMP.*) Il est très important, madame la ministre, de savoir quelle est votre position sur les suites à donner à l'enquête quinquennale sur le tabagisme en France. Elle a donné des résultats assez troublants.

**M. Dominique Tian**. On n'a jamais autant fumé !

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. Quelles sont vos intentions pour activer la lutte contre le tabagisme ? C'est un vrai fléau. Serait-ce maintenant Bercy qui déciderait de la politique à mener envers le tabagisme, voire le président des buralistes ? Je rappelle que le président des buralistes a estimé que les propositions faites sont conformes au plan anticancer. Est-ce bien encore le ministre de la santé qui décide ? (*Murmures sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Vous comprendrez bien, monsieur Bur, que vous ne glisserez pas une feuille de papier à cigarette entre le ministre des comptes publics et moi-même. Je veux revenir sur un point très important que vous avez soulevé, et qui vaut pour d'autres domaines : il y a une certaine forme d'épuisement des campagnes de santé publique.

**M. Yves Bur**, *rapporteur*. Bien sûr !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Il est absolument nécessaire de les flécher vers des publics parfaitement identifiés.

**M. Philippe Vitel**. Voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Les chiffres très intéressants qui ont été communiqués par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé montrent bien que la consommation tabagique baisse dans certains publics et augmente dans d'autres.

**Mme Marie-Anne Montchamp**, *rapporteuse pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire*. C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Les deux cas les plus emblématiques sont à l'évidence, les chômeurs et les femmes. Pour les chômeurs, où le taux de prévalence tabagique frôle les 50 %, c'est l'effet crise, et je vais développer des politiques adaptées à ce public, en partenariat avec Pôle emploi. Quant à ce que j'appelle « l'effet femmes », il est dû au fait que, pour beaucoup d'entre elles, l'accès à la consommation tabagique a consisté, il y a quelques années, à prendre modèle sur le comportement masculin. De plus, pour ce public, il y a un effet stock et un effet flux, c'est-à-dire qu'il n'y a pas plus de jeunes femmes qui commencent à fumer, mais elles viennent s'ajouter à celles qui sont consommatrices depuis déjà de nombreuses années et qui ne veulent pas y renoncer pour deux raisons : elles ont peur de grossir,...

**Mme Danièle Hoffman-Rispal**. C'est vrai !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. ...et même s'il n'y a pas que l'arrêt du tabac qui fasse grossir,...

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. En effet, regardez-moi ! (*Sourires.*)

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé*. Mais, monsieur le rapporteur, vous n'êtes pas une jeune femme – personne n'est pas parfait. (*Sourires.*) La seconde raison, c'est la difficulté à renoncer à cette modélisation. Il y a un aspect culturel.

Il faut donc sans doute changer de paradigme dans les grandes campagnes de santé publique et raisonner en termes de « niches ».

**Mme Marie-Anne Montchamp**, *rapporteuse pour avis*. Vous avez raison, madame la ministre !

**M. le président**. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 149 est-il retiré ?

**M. Jean-Pierre Door**, *rapporteur*. Oui, monsieur le président. (*L'amendement n° 149 est retiré.*)

### Article 37 (*précédemment réservé*)

**M. le président**. La parole est à M. Guy Lefrand, inscrit sur l'article 37.

**M. Guy Lefrand**. Cet article traite de la procédure d'accord préalable sur les transferts de patients des établissements MCO – médecine, chirurgie, obstétrique – vers les centres de soins de suite et de réadaptation –. Le dispositif proposé se fonde sur le fait que les pathologies traitées en cabinet de ville sont identiques à celles prises en charge en centres de soins de suite et de réadaptation. L'idée de base a toujours été d'avoir un filtrage par accord préalable qui permette de différencier les deux. Le dispositif a été basé sur des référentiels publiés par la Haute autorité de santé. Nous en sommes bien conscients, mais nous craignons que l'extension de cette procédure ne risque de désorganiser la filière de soins en raison du rôle majeur assuré par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire.

C'est pourquoi, après avoir entendu Mme la ministre évoquer ce sujet lors de la discussion générale, je serai favorable à l'amendement n° 712 du Gouvernement, qui prévoit de limiter les demandes d'accord préalables aux établissements ciblés comme étant surprescripteurs. C'est un rôle dévolu aux ARS. Je retirerai donc mon amendement au profit de celui du Gouvernement, qui répond à toutes les questions que je me posais.

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements, n<sup>os</sup> 151, 440, 502, 510 et 560, tendant à supprimer l'article 37.

La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n<sup>o</sup> 151.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission avait en effet adopté cet amendement de suppression, mais M. Lefrand a évoqué un changement de position du Gouvernement. J'attends donc des éclaircissements sur ce point de la part de Mme la ministre. Si nous pouvions mieux cibler l'article en direction des surprescripteurs, le retrait de l'amendement serait envisageable.

**M. le président.** La parole est à Mme Anny Poursinoff, pour défendre l'amendement n<sup>o</sup> 440.

**Mme Anny Poursinoff.** Nous étions très satisfaits par le vote de l'amendement de suppression de la commission des affaires sociales. En effet, cet article ne concerne que 1,5 % des patients, qui n'étaient pas à leur place dans le système de soins, sur les 900 000 transferts opérés chaque année. Mieux cibler la demande d'accord préalable ne nous semble pas non plus intéressant. Nous maintenons l'idée qu'il faut supprimer cet accord préalable pour les transferts.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 502.

**M. Jean-Luc Prével.** L'article 37 vise à introduire une procédure d'accord préalable sur les transferts de patients des établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation. Il est déjà prévu des autorisations, et c'est important de maintenir un flux satisfaisant entre le MCO et le SSR. Vouloir mettre systématiquement ce flux sous entente préalable poserait de vrais problèmes. En raison de la rédaction actuelle de l'article, cet amendement propose sa suppression.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine, pour soutenir l'amendement n<sup>o</sup> 510.

**Mme Marisol Touraine.** Nous comprenons bien l'objectif de régulation. Néanmoins, il n'est pas certain qu'il soit atteint par ce type de dispositif. Il s'agit en effet de favoriser la prise en charge en ville de patients qui sortent de l'hôpital ; or nous pensons que les mesures proposées aboutiraient à l'effet inverse de celui qui est recherché : engorgement des cabinets médicaux et difficultés pour gérer les listes d'attente notamment, ce qui compliquerait la prise en charge des patients.

**M. le président.** Monsieur Lefrand, vous aviez annoncé par avance le retrait de votre amendement.

**M. Guy Lefrand.** En effet, monsieur le président.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 560 est retiré.)*

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements de suppression de l'article 37 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** J'ai bien entendu les préoccupations légitimes des députés qui souhaitent ne pas alourdir le dispositif existant. Tous les défenseurs des amendements l'ont souligné : il ne faut pas nuire à la fluidité du transfert de l'hôpital vers les structures de soins ou vers les centres de rééducation. Le but de ma démarche n'était évidemment pas de faire intervenir les services médicaux de l'assurance maladie à tout bout de champ ; il s'agirait d'une stratégie perdant-perdant chaque

fois qu'un établissement déciderait une rééducation en SSR. Toutefois, il faut savoir que la rééducation en SSR n'est pas toujours recommandée, et qu'il y a certaines dérives dans ce domaine aussi.

C'est pourquoi, pour répondre à vos préoccupations légitimes, le Gouvernement a déposé un amendement, n<sup>o</sup> 712, dont je vous présente déjà le contenu. D'une part, les contrôles devront viser uniquement les établissements qui sont de gros prescripteurs vers les SSR sans justification préalable. D'autre part, pour que le dispositif soit bien cadré, il serait fondé sur un programme déterminé chaque année à l'avance avec l'ARS sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie.

Je crois répondre ainsi à votre préoccupation de ne pas alourdir les démarches et d'assurer la fluidité, tout en pouvant tout de même contrôler des comportements dérivants. En effet, madame Poursinoff, même si ces comportements ne concernent que 1,5 % des cas, c'est toujours trop, et nous nous devons d'optimiser notre système de santé. Se donner les moyens d'agir sans perturber le fonctionnement des établissements et des services me paraît une bonne démarche.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur, retirez-vous l'amendement de la commission au profit de l'amendement n<sup>o</sup> 712 ?

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** Oui, monsieur le président.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 151 est retiré.)*

**M. le président.** Madame Poursinoff, maintenez-vous l'amendement n<sup>o</sup> 440 ?

**Mme Anny Poursinoff.** Je comprends bien vos arguments, madame la ministre, mais je rappelle que le dispositif n'est pas non plus efficace au niveau économique parce qu'en attendant la prise en charge en SSR, on maintient les patients dans un service aigu qui coûte encore plus cher. En conséquence, je maintiens l'amendement.

**M. le président.** Monsieur Prével ?...

**M. Jean-Luc Prével.** Je le retire, monsieur le président.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 502 est retiré.)*

**M. le président.** Madame Touraine ?...

**Mme Marisol Touraine.** Je le maintiens.

*(Les amendements identiques n<sup>os</sup> 440 et 510 ne sont pas adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 503.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

**M. Jean-Luc Prével.** Cet amendement constituant le complément de mon amendement précédent. Je n'ai pas pu étudier les conséquences de l'amendement de Mme la ministre s'il est voté, mais il est probable que le mien deviendrait inutile.

**M. le président.** Retirez-vous l'amendement n<sup>o</sup> 503, monsieur Prével ?

**M. Jean-Luc Prével.** Dans le doute, je le retire.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 503 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 9.

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

**Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire.** Cet amendement propose d'assujettir la dialyse en centre à un mécanisme d'accord préalable, conformément à l'esprit qui prévaut pour certaines mesures de ce PLFSS. Quand c'est médicalement justifié, il ne faut pas orienter systématiquement les patients vers un centre, la dialyse hors centre étant beaucoup moins onéreuse pour l'assurance maladie et présentant par ailleurs l'avantage d'éviter aux patients des déplacements superfétatoires et eux-mêmes coûteux.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a rejeté cet amendement car le mécanisme d'entente préalable ne correspond pas à son objectif. Pour favoriser la dialyse hors centre, il faut se tourner vers les relations entre le médecin hospitalier ou le médecin de centre de dialyse et le personnel infirmier à domicile. Il faut tenir compte de cette chaîne médicale, bien nécessaire et logique dans le domaine de la dialyse, y compris à domicile.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je rappelle à Marie-Anne Montchamp les observations que j'ai faites sur l'extension de la dialyse à domicile et, bien entendu, sur la prise en charge de l'insuffisance rénale très grave. Je lui signale que la demande formulée par son amendement est satisfaite en droit puisqu'en vertu de l'article 37, la procédure de l'entente préalable pourra s'appliquer à toutes les formes d'hospitalisation, et donc à la dialyse en centre.

Votre amendement étant satisfait, je vous demande de le retirer, madame Montchamp.

**M. le président.** Madame la rapporteure pour avis, retirez-vous, votre amendement ?

**Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis.** Oui, monsieur le président.

*(L'amendement n° 9 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements, n°s 341, 542 rectifié et 712, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 341 et 542 rectifié sont identiques.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 341.

**M. Dominique Tian.** Il s'agit d'indiquer qu'il est très important qu'un programme régional soit établi par le directeur général de l'agence régionale, en tenant compte de l'avis des fédérations régionales représentatives. Sur des sujets aussi complexes, on a toujours intérêt à avoir l'avis des principaux concernés, en l'occurrence, les fédérations représentatives des établissements de santé, aussi bien privés que publics.

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir l'amendement n° 542 rectifié.

**M. Jean-Luc Prél.** Cet amendement, identique à l'amendement n° 341, vise à assurer l'équité des procédures de mise sous entente préalable par une plus grande concertation avec les fédérations régionales d'établissements de santé publics et privés.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre de la santé, pour soutenir l'amendement n° 712.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Cet amendement répond à toutes les observations formulées, sur lesquelles je ne reviens pas.

Je demande donc le retrait des amendements n°s 341 et 542 rectifié, au bénéfice de l'amendement n° 712.

**M. le président.** Monsieur Prél, retirez-vous donc l'amendement n° 542 rectifié ?

**M. Jean-Luc Prél.** J'observe, madame la ministre, que l'amendement n° 712 ne prévoit pas la consultation des fédérations.

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

**M. Dominique Tian.** L'amendement défendu par Mme la ministre n'est pas identique aux amendements n°s 341 et 542 rectifié !

**M. le président.** Monsieur Tian, Mme la ministre n'a pas prétendu qu'il était identique !

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Le programme sera établi par les ARS dans un souci de concertation, car tel est l'esprit même qui a présidé à leur constitution. Je souhaite donc que les obligations de procédure ne soient pas alourdies par voie législative : ce ne serait que contreproductif.

C'est pourquoi je ne suis pas favorable aux amendements n°s 341 et 542 rectifié.

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

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission a émis un avis défavorable sur les amendements n°s 341 et 542 rectifié pour les mêmes raisons que Mme la ministre.

**M. le président.** Ces amendements identiques étant maintenus, je les mets aux voix.

*(Les amendements identiques n°s 341 et 542 rectifié ne sont pas adoptés.)*

*(L'amendement n° 712, accepté par la commission, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 292 rectifié et 655.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

**M. Jean-Luc Prél.** Il s'agit simplement d'ajouter les mots « en ambulatoire » à l'alinéa 4.

*(Les amendements identiques n°s 292 rectifié et 655, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)*

*(L'article 37, amendé, est adopté.)*



**Article 38 (précédemment réservé)**

**M. le président.** La parole est à M. Jean Mallot, inscrit sur l'article 38.

**M. Jean Mallot.** Cet article traite de la facturation individuelle dans les établissements de soin. La question, que nous avons évidemment étudiée à l'occasion des travaux menés par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, en vue de son rapport *Mieux gérer pour mieux soigner* à propos de l'hôpital public, peut paraître un peu technique mais les conséquences peuvent être très importantes pour les établissements hospitaliers.

Le sujet peut être abordé de plusieurs manières.

Tout d'abord, à quoi sert-il de procéder à une expérimentation si la décision de généraliser est d'ores et déjà prise et si seule reste en suspens la date de généralisation ? Nos travaux sur ce point précis nous avaient conduits à considérer qu'il valait mieux évaluer soigneusement les expérimentations avant de lancer la généralisation. Dans la mesure où la facturation directe coûte relativement cher et où il en résultera une charge de travail très importante pour les agents des établissements hospitaliers, il s'agit de mesurer ce qu'elle apporterait réellement.

On nous dit que la facturation individuelle aurait plusieurs mérites et permettrait notamment – cela figure d'ailleurs dans l'étude d'impact – d'améliorer la trésorerie des établissements. En effet, au lieu de recevoir des ressources chaque mois, elle les recevrait « au fil de l'eau ». Il me semble cependant qu'il y a d'autres manières de résoudre les problèmes de trésorerie des établissements. Si l'on anticipait la facturation globalisée chaque mois, on obtiendrait le même résultat. Dans l'attente d'une éventuelle facturation individualisée, tous les mois, chaque établissement globalise, en quelque sorte, le tarif des actes accomplis et transmet cette facture à l'ARS, qui déclenche elle-même la procédure d'approvisionnement en ressources, si je puis dire, de l'établissement.

Le directeur général de la CNAM, interrogé par nos soins, nous indique que la facturation individuelle devrait entraîner un surcroît de transparence dans le dispositif et permettrait la mise en place plus efficace de programmes d'accompagnement des patients. Il me semble qu'il faut, dans cette affaire, distinguer la question de l'information et celle de la facturation : on peut très bien travailler sur des factures globalisées chaque mois, et éviter ainsi le traitement d'une myriade de factures individualisées. L'informatique doit permettre de fournir, en annexe à la facture mensuelle globalisée, le détail des actes, pour que les autorités concernées puissent effectuer des contrôles, mener des programmes d'accompagnement, etc.

Nous pensons donc qu'il serait beaucoup plus raisonnable de poursuivre les expérimentations, sans préjuger la question de la généralisation, et rechercher des moyens relativement simples de donner aux uns et aux autres les informations dont ils ont besoin pour travailler.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques, n<sup>os</sup> 153 et 562.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** La commission avait, dans un premier temps, accepté ces amendements. La proposition d'un bilan de l'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire est tout à fait bienvenue. Cependant, les amende-

ments tendent à insérer cette disposition à un article qui n'est pas le bon : ils complètent le premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004. Or le bilan de l'expérimentation doit être prévu à l'article qui institue celle-ci, à savoir l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

C'est pour cela que, lorsque la commission s'est réunie en application de l'article 88 du règlement, elle a retiré l'amendement n<sup>o</sup> 153 au bénéfice de l'amendement n<sup>o</sup> 702, qui tend à insérer la même disposition, mais en le faisant au bon endroit.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 153 est retiré.)*

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n<sup>o</sup> 562 ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé.** Je souhaitais que l'amendement n<sup>o</sup> 153 soit retiré. Je demande que l'amendement identique n<sup>o</sup> 562 le soit aussi, au bénéfice de l'amendement n<sup>o</sup> 702.

**M. le président.** Monsieur Préel, retirez-vous l'amendement n<sup>o</sup> 562 ?

**M. Jean-Luc Préel.** Oui, monsieur le président.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 562 est retiré.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 702.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean-Pierre Door, rapporteur.** L'amendement est défendu.

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

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

*(L'amendement n<sup>o</sup> 702 est adopté.)*

*(L'article 38, amendé, est adopté.)*

**Article 39 (précédemment réservé)**

**M. le président.** M. Guy Lefrand et Mme Marisol Touraine sont inscrits sur l'article 39.

**M. Guy Lefrand.** Je renonce à prendre la parole sur cet article, monsieur le président.

**Mme Marisol Touraine.** Moi aussi, monsieur le président.

**M. le président.** Voilà qui nous facilite la vie !

Madame la ministre, mes chers collègues, je vous propose de faire le point avant de lever la séance.

Ce matin, nous avons examiné un total de 75 amendements. Il en reste 163.

C'est moi qui préside la séance de cet après-midi et, le cas échéant, la séance de nuit ; comme toujours, je suis à la disposition de l'Assemblée nationale. Cependant, si tout le monde s'organise et si nous poursuivons à un bon rythme, comme ce matin, comme hier, je pense que nous pouvons

éviter de faire une séance de nuit, éventuellement grâce à une séance prolongée cet après-midi. J'y suis prêt pour être agréable à chacune et à chacun,...

**M. Guy Lefrand.** Très bien!

**M. le président.** ...car je sais que certains doivent regagner leur circonscription.

Vous l'avez vu : il est parfaitement possible de développer ses points de vue, même à plusieurs reprises si cela paraît nécessaire. Cela ne nous a pas empêchés de bien avancer et de bien travailler tous ensemble.

Je propose de poursuivre ainsi cet après-midi, si tout le monde en est d'accord.

La parole est à M. Jean Mallot.

**M. Jean Mallot.** Effectivement, nous avons examiné 75 amendements ce matin, monsieur le président. Je souligne quand même que seuls 19 amendements émanaient de l'opposition. 34 avaient été déposés par la majorité, 19 par la commission et les autres par le Gouvernement, ce qui veut dire... (*Murmures sur les bancs du groupe UMP.*)

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Qu'il est polémique!

**M. Jean Mallot.** Attendez! Cela signifie qu'à peine plus du quart des amendements émanent de l'opposition. Il est logique que l'opposition dépose des amendements, le groupe UMP pouvant, pour sa part, arbitrer pour éviter un flot d'amendements. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

**M. le président.** Monsieur Mallot, l'esprit de mon intervention était tout à fait différent, et je n'ai reproché à personne de déposer des amendements. Le propre des parlementaires est de pouvoir déposer et examiner des amendements.

Par ailleurs, lorsque la majorité ne dépose pas d'amendements et n'intervient pas, vous-même, monsieur Mallot, faites des rappels au règlement, en la qualifiant de béni-oui-oui. Un peu de cohérence dans vos interventions!

Monsieur Mallot, l'esprit qui a présidé à la belle tenue de ces débats depuis le début de l'examen du PLFSS n'est pas celui-là.

**Mme Marie-Christine Dalloz.** Très bien!

**M. le président.** Si tout le monde en est d'accord, mes chers collègues, nous reprendrons nos travaux à quinze heures. Attention, tout de même : pour terminer l'examen de 163 amendements, un bon rythme est nécessaire. Je suis prêt à donner ce rythme, mais il faut que tout le monde suive.

Nous ferons le point vers dix-sept heures.

3

### ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

**M. le président.** Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures :

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

La séance est levée.

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

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

CLAUDE AZÉMA