

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

35^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du vendredi 24 octobre 2014

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



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

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTOPHE SIRUGUE

1. **Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015** *(suite)* (p. 7944)

QUATRIÈME PARTIE *(suite)* (p. 7944)

Assurance maladie *(suite)* (p. 7944)

Article 37 *(précédemment réservé)* (p. 7944)

Amendement n° 219 rectifié

M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Amendement n° 605

Amendements n° 400, 87, 401

Amendement n° 602 et 601

Après l'article 37 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7945)

Amendement n° 942

Amendements n° 946 rectifié (sous-amendement), 949 rectifié (sous-amendement), 970 (sous-amendement)

Amendements n° 976 rectifié et 977 deuxième rectification (sous-amendement), 950 rectifié (sous-amendement), 690 rectifié, 463

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales

Article 38 *(précédemment réservé)* (p. 7948)

Amendements n° 242, 779, 166

Amendements n° 82, 268

Article 39 *(précédemment réservé)* (p. 7949)

Amendements n° 244, 897

Après l'article 39 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7949)

Amendements n° 262, 405

Article 40 *(précédemment réservé)* (p. 7951)

Mme Martine Carrillon-Couvreur

Amendements n° 600 rectifié, 35

Amendements n° 66, 569, 225, 60, 406, 592, 498, 591

Amendements n° 59, 407, 91

Amendements n° 65, 408, 924

Amendements n° 63, 409, 567, 925

Article 41 *(précédemment réservé)* (p. 7955)

Amendements n° 598, 597, 596, 588, 589, 587, 595 et 594, 167

Amendement n° 978, 980 et 979 (sous-amendement)

Après l'article 41 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7956)

Amendements n° 125, 223, 643, 782, 783

Article 42 *(précédemment réservé)* (p. 7959)

Amendements n° 410, 168, 585

Amendement n° 201

Amendements n° 84, 124, 503, 123, 579 rectifié

Amendements n° 495 rectifié, 54, 411, 412, 502

Amendements n° 64, 413

Amendements n° 62, 414

Après l'article 42 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7962)

Amendements n° 415, 170

Article 43 *(précédemment réservé)* (p. 7963)

M. Jean-Pierre Barbier

Après l'article 43 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7963)

Amendements n° 807 rectifié, 305, 447, 272 rectifié

Article 44 *(précédemment réservé)* (p. 7966)

Amendement n° 416

Amendements n° 56, 89, 537, 644, 318

Après l'article 44 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7968)

Amendements n° 785, 953 rectifié, 609

Article 45 *(précédemment réservé)* (p. 7969)

Amendement n° 337

Après l'article 45 *(amendements précédemment réservés)* (p. 7969)

Amendements n° 275, 417

Article 46 *(précédemment réservé)* (p. 7971)

Article 47 *(précédemment réservé)* (p. 7971)

Amendements n° 313, 314, 993, 316 rectifié, 319 rectifié

Article 48 *(précédemment réservé)* (p. 7972)

Amendements n° 420, 504

Amendements n° 55, 88, 418, 528

Amendements n° 67, 419, 933, 934

Après l'article 48 (*amendements précédemment réservés*) (p. 7973)

Amendements n^{os} 421, 560

Amendements n^{os} 446, 556, 645

Amendements n^{os} 57, 422, 547

Amendement n^o 4

Amendements n^{os} 73 et 75, 171, 971 (sous-amendement)

Amendements n^{os} 121, 402, 508, 280, 423, 424, 425, 144

Article 49 (*précédemment réservé*) (p. 7981)

Amendements n^{os} 58, 549, 576

Article 50 (*précédemment réservé*) (p. 7982)

Mme Valérie Boyer

M. Denis Jacquat

Mme Bérengère Poletti

Amendements n^{os} 85, 428, 571, 278 rectifié

Article 51 (*précédemment réservé*) (p. 7984)

M. Jean-Pierre Barbier

Amendement n^o 172

Article 52 (*précédemment réservé*) (p. 7985)

M. Jean-Pierre Barbier

M. Dominique Tian

Amendement n^o 126

Article 53 (*précédemment réservé*) (p. 7986)

Mme Martine Carrillon-Couvreur

Amendement n^o 648

Mme Martine Pinville, rapporteure de la commission des affaires sociales

Après l'article 53 (*amendements précédemment réservés*) (p. 7986)

Amendements n^{os} 652, 302, 47 rectifié

M. Dominique Lefebvre, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire

Amendements n^{os} 173 rectifié, 303

Article 54 (*précédemment réservé*) (p. 7988)

Mme Jacqueline Fraysse

Article 55 (*précédemment réservé*) (p. 7989)

M. Jean-Pierre Barbier

Assurance vieillesse (p. 7989)

Article 56 (*précédemment réservé*) (p. 7989)

M. Jean-Pierre Barbier

Mme Annie Le Houerou

M. Arnaud Richard

Amendement n^o 464

M. Michel Issindou, rapporteur de la commission des affaires sociales

Amendement n^o 465

Après l'article 56 (*amendements précédemment réservés*) (p. 7990)

Amendements n^{os} 524, 526, 31, 5, 466 deuxième rectification, 532

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 7992)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. CHRISTOPHE SIRUGUE

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015 *(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 2015 (n^{os} 2252, 2303, 2298).

QUATRIÈME PARTIE *(suite)*

M. le président. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi la discussion des articles de la quatrième partie du projet de loi, relatives aux dépenses pour l'exercice 2015.

Assurance maladie *(suite)*

M. le président. L'Assemblée a poursuivi la discussion des dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie, s'arrêtant à l'article 37.

Article 37 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 219 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le président, madame la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale prévoit d'identifier les établissements de santé publics ou privés qui contribuent, en coopération avec l'offre de soins ambulatoire et l'offre médico-sociale du territoire qu'ils desservent, à apporter une réponse de premier recours au besoin de soins.

Mais la rédaction actuelle, qui utilise le mot « hôpitaux de proximité » nous paraît susceptible d'exclure les établissements de santé autorisés dans la seule modalité d'hospitalisation à domicile.

La Fédération de l'hospitalisation à domicile, d'ailleurs présidée par une ancienne ministre de la santé, invitait à lever toute ambiguïté en ajoutant les termes « établissements

de santé ». En effet, les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent être reconnus comme établissements de santé de proximité.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie, pour donner l'avis de la commission.

M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales. La commission a donné un avis défavorable à cet amendement puisque la mention « hôpital de proximité », selon la Fédération de l'hospitalisation avec laquelle nous avons échangé, n'est en rien restrictive. Elle s'adresse en effet à l'ensemble des établissements de santé. Modifier cette dénomination n'entraînerait donc aucun changement particulier.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, pour donner l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Avis défavorable.

(L'amendement n^o 219 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement rédactionnel n^o 605 de M. Olivier Véran, rapporteur, est défendu.

(L'amendement n^o 605, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 400, 87 et 401, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 400.

M. Dominique Tian. Les hôpitaux de proximité, autorisés en médecine, pourront exercer l'activité de médecine d'urgence. Cependant, afin de garantir la sécurité des patients, l'article R. 6123-6 du code de la santé publique oblige les établissements autorisés en médecine d'urgence à disposer d'un plateau technique de chirurgie, soit au sein de l'établissement, soit par convention avec un autre établissement. Il faut veiller à l'application de ces dispositions dans les zones de soins fragiles.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 87.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement a fait l'objet de débats en commission, le rapporteur semblant sensible à nos arguments. Les zones dites fragiles souffrent d'un manque de plateaux techniques et d'hôpitaux. En cas d'urgence, il faut pouvoir disposer d'un plateau technique de chirurgie dans des hôpitaux assez éloignés du plateau de référence. Ces cas sont rares mais ils peuvent néanmoins survenir. Le terme « chirurgie » doit donc être ajouté.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 401.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur de la commission des affaires sociales. Il s'agit ici de conforter le financement de petits hôpitaux dits « hôpitaux de proximité », autrefois « hôpitaux locaux », et de les sortir du cadre de la tarification à l'activité, inflationniste en termes d'activité et déstabilisante pour de petites structures.

S'agissant de la chirurgie ambulatoire – je me suis interrogé sur ce point –, si la notion de plateau de chirurgie, fût-elle ambulatoire, entrerait dans le dispositif prévu, les établissements concernés passeraient de 200 à 500 : un nombre important d'établissements sortirait donc de la T2A. De plus, le dispositif présenté n'a pas vocation à soutenir la chirurgie de proximité mais bien la médecine de proximité. C'est pourquoi la commission a donné un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable, pour les mêmes raisons que celles excellemment exposées par le rapporteur.

(Les amendements n° 400, 87 et 401, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements rédactionnels n° 602 et 601 de M. Olivier Véran, rapporteur, sont défendus.

(Les amendements n° 602 et 601, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

(L'article 37 est adopté.)

Après l'article 37

(amendements précédemment réservés)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 942, 690 rectifié et 463, portant article additionnel après l'article 37 et pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 942 et 690 rectifié sont identiques.

La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 942.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à conforter les expérimentations des « hôtels hospitaliers » – le terme peut être remis en question – et à favoriser leur implantation là où cela est nécessaire sur le territoire. Ces structures d'hébergement pré- et post-hospitalisation doivent contribuer à développer davantage la chirurgie ambulatoire et à favoriser le recours à celle-ci, ainsi qu'à limiter les hospitalisations conventionnelles de longue durée.

Cet amendement, s'il est adopté, leur permettrait de bénéficier d'un financement de leur parc d'exploitation hospitalière par le fonds d'intervention régional et donnerait lieu à un remboursement des nuitées aux patients par l'assurance maladie. En effet, les études sur les dispositifs existants, tels le centre d'accueil Le Laurier rose, à Toulouse ou l'initiative menée avec l'Hôtel Dieu, faisaient état d'une satisfaction des patients extrêmement élevée mais de freins financiers.

Nous croyons que ce dispositif innovant, qui existe à l'étranger, gagnerait à se développer en France. Il permettrait de réduire les hospitalisations, voire d'en supprimer certaines, qui sont inutiles. Les maternités de niveau 2, par exemple, accueillent très tôt des femmes enceintes présentant un risque d'accouchement prématuré.

M. le président. L'amendement n° 492 fait l'objet de six sous-amendements n° 946 rectifié, 949 rectifié, 970, 976 rectifié, 977 deuxième rectification et 950 rectifié.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir le sous-amendement n° 946 rectifié.

M. Dominique Tian. L'idée n'est pas mauvaise, c'est pourquoi ma proposition ne vise qu'à modifier la durée de l'expérimentation. Il s'agit de créer des hôtels à côté de centres hospitaliers. Sans doute les confierez-vous à de grands groupes tels que Formule 1 ou Ibis.

Mais ce projet concerne essentiellement l'ambulatoire. Or, en médecine ambulatoire, 5 à 10 % des patients peuvent nécessiter une hospitalisation lorsque le corps médical estime leur cas trop sérieux pour quitter la structure hospitalière et s'éloigner des soins. Dès lors, pourquoi offrir à ces patients de dormir à l'hôtel ? Ou ils rentrent chez eux, ou ils restent hospitalisés ! Si vous créez une structure hôtelière d'une centaine de chambres, elle devra être remplie, au détriment des lits de l'hôpital.

La proposition constitue donc, non un retour à domicile, mais une sorte de sous-hospitalisation, à proximité d'infirmières et de médecins. Aux États-Unis, des tunnels relient ainsi l'hôtel au centre hospitalier.

En outre, le dispositif serait financé par le fonds de modernisation des hôpitaux, lequel se trouverait amputé pour bâtir des Ibis ou des Formule 1 !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir le sous-amendement n° 949 rectifié, à l'amendement n° 942.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir le sous-amendement n° 970, à l'amendement n° 942.

M. Francis Vercamer. Le groupe UDI n'est pas opposé à une telle expérimentation. Créer des établissements intermédiaires semble intéressant. Cependant, comment cette offre se distinguera-t-elle des services de soins et de réadaptation et s'articulera-t-elle avec eux ?

La nouvelle offre doit prendre place dans un mouvement plus vaste de configuration de la carte hospitalière pour mieux organiser l'offre hospitalière sur notre territoire, un sujet qui nous préoccupe de longue date. Nombreux sont ceux qui s'en occupent, ce qui n'empêche pas qu'il faille continuer à y travailler ; sinon, on ajoutera une couche en plus sans réaliser d'économies, car les lits devront être financés, qu'ils soient occupés ou non.

Aussi, ces initiatives doivent impérativement prendre en compte les réalités sociales et sanitaires, non en utilisant la règle à calcul mais en répondant aux situations locales.

Notre amendement pose donc le principe d'une organisation de l'offre hospitalière selon certains indicateurs : besoins de santé identifiés, spécialités sanitaires des populations, contexte géographique des territoires et accès aux soins des

zones isolées, engagements et résultats des établissements en matière d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, coopérations engagées entre établissements au sein d'un territoire de santé.

M. le président. Je suis saisi de deux sous-amendements, n^{os} 976 rectifié et 977 deuxième rectification, à l'amendement n^o 942, pouvant faire l'objet d'une présentation groupée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Sous réserve de l'adoption de ces deux sous-amendements, j'apporte un avis très favorable à l'intéressante proposition faite par le rapporteur. Ce projet d'hôtel hospitalier, loin des jeux de mots peu sérieux qu'il a suscité, accompagne le mouvement vers la médecine ou la chirurgie ambulatoire, que nous considérons tous comme nécessaire. Pour cela, des conditions doivent être respectées. Le patient doit par exemple être revu le lendemain par le médecin, et ne pas rester seul, à son domicile, à l'issue d'une intervention.

Naturellement, si un patient a besoin d'être soigné à l'hôpital et d'y rester plusieurs jours, voire davantage, la question de son maintien dans une structure hospitalière ne se pose pas.

En revanche, s'il s'agit d'entrer à l'hôpital le matin et d'en sortir le soir, un lieu d'hébergement peut être recherché, soit parce que la personne soignée vit seule, soit parce qu'elle habite loin de l'hôpital. Des initiatives ont d'ores et déjà été conduites en ce sens : des équivalents de ces hôtels existent à proximité des hôpitaux dans certaines villes de France. Cependant, un tel hébergement reste à la charge du patient. L'idée est de proposer une expérimentation permettant une prise en charge par la collectivité.

L'initiative est excellente, à la condition que l'expérimentation fasse l'objet d'une évaluation avant une éventuelle généralisation : il faut en effet pouvoir en tirer les leçons, à la fois en termes de coût et d'organisation.

Par ailleurs, je propose que ce rapport d'évaluation soit transmis au Parlement pour en partager largement les enseignements.

Sous réserve de l'adoption de ces deux sous-amendements, je donne donc un avis favorable à l'amendement du rapporteur et un avis défavorable aux sous-amendements de M. Tian et de M. Vercamer.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir le sous-amendement n^o 950 rectifié à l'amendement n^o 942.

M. Dominique Tian. Le Parlement doit être informé du bilan de cette expérimentation.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran pour soutenir l'amendement n^o 690 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est identique au n^o 942 de la commission.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 463.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis défavorable à titre personnel aux sous-amendements n^{os} 946 rectifié et 949 rectifié, qui n'ont pas été examinés par la commission.

Le sous-amendement n^o 970 n'a pas non plus été examiné par la commission, mais j'y suis également défavorable : le problème de la refonte de la carte hospitalière devra être abordé ultérieurement au cours de l'examen de ce texte et à l'occasion de l'examen du projet de loi santé. En outre, la rédaction définitive de l'article me semble satisfaire votre demande d'ajouts de certaines dispositions.

Je suis évidemment favorable aux deux sous-amendements gouvernementaux n^{os} 976 rectifié et 977 deuxième rectification, bien qu'ils n'aient pas été examinés par la commission, parce qu'ils permettent de compléter le dispositif.

Je suis défavorable enfin au sous-amendement n^o 950 rectifié de M. Tian ainsi qu'à l'amendement n^o 463 de M. Vercamer.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. À l'adresse de M. le rapporteur, et surtout de Mme la ministre, je voudrais me faire l'écho d'une interrogation de la Fédération nationale des établissements d'accueil des familles d'hospitalisés, qui réunit des associations loi 1901, comme le Laurier Rose, animées essentiellement par des bénévoles et en recherche de reconnaissance.

Mme Claude Greff. Et de subventions !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Ces associations, qui assuraient initialement l'accueil de la famille des malades, hébergent de plus en plus souvent les malades eux-mêmes, accompagnés de leurs familles, auxquelles elles offrent un sas de respiration pendant une ou deux nuits.

Cette mission d'hébergement des malades leur donnera-t-elle le droit de participer à l'expérimentation, et de bénéficier à ce titre du financement prévu – je précise bien qu'il ne s'agirait de rembourser que l'hébergement du malade, et non de sa famille. Ce sont en effet les fonds d'action sociale des caisses primaires d'assurance maladie qui, en dépit de dotations en baisse, prennent en charge le financement des nuitées des familles, et je tiens à saluer leur action.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. C'est un sujet intéressant en ce qu'il se situe à la croisée de plusieurs préoccupations, qu'il s'agisse des hôpitaux de proximité, de la chirurgie ambulatoire ou de la fermeture de lits. J'approuve totalement les propos de mon collègue Vercamer quant à la nécessité d'une refonte de la carte hospitalière. Le coût de ces nouvelles formes d'hébergement doit être compensé par la fermeture de lits hospitaliers.

Je voudrais pour ma part, madame la ministre, vous faire part d'une autre préoccupation, née d'un cas tout à fait particulier. Aujourd'hui, en cas de transfert de l'activité d'un hôpital de proximité comportant des services de chirurgie et d'urgence, les agences régionales de santé, les ARS, imposent que 80 % de l'activité du nouveau site soient assurés en ambulatoire.

Cela peut remettre en cause la viabilité économique à l'établissement, qui reste un hôpital de proximité, puisqu'il ne peut pas maintenir un plateau technique et entretenir un bloc chirurgical, faute d'un nombre suffisant de lits. Le projet de l'établissement n'est pas viable non plus sur le plan médical, les praticiens ne souhaitant pas n'y venir pour ne faire que de l'ambulatoire.

Il ne s'agit pas pour moi de contester la nécessité du virage ambulatoire, que nous considérons tous comme une avancée, mais d'appeler votre attention sur le risque qu'une application trop stricte de ce projet aboutisse à condamner certains hôpitaux de proximité.

Je suis notamment inquiet du sort de la clinique privée Saint-Charles de Roussillon, dont le transfert pose un vrai problème dans un bassin de vie qui compte plus de 100 000 habitants, dont une grande partie sont en difficulté sociale. On devrait procéder à de tels transferts d'activités hospitalières avec la plus grande prudence.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cette nécessité de réformer la carte hospitalière est régulièrement rappelée, que ce soit par la Cour des comptes ou par les parlementaires, à l'occasion de l'examen de chaque PLFSS.

Or, alors que nous sommes en train de voter la création de ces nouvelles structures d'hébergement, nous n'avons toujours pas de réponse sur ce sujet. Il faudrait au moins modifier la carte hospitalière là où de telles structures seront mises en place. Comment sinon pourrait-on évaluer cette expérimentation ?

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

M. Olivier Véran, rapporteur. S'agissant de cet accueil pré- et post-hospitalier, on peut imaginer que ces expérimentations concerneront surtout de grands centres hospitaliers, notamment les CHU, comportant des plateaux techniques de référence. Je pense par exemple à un service de chirurgie de pointe, qui opère des patients dont certains habitent à une centaine de kilomètres : disposer d'un hébergement à proximité de l'hôpital leur permettra de sortir plus rapidement, ce qui réduira d'autant le risque d'infections nosocomiales et les coûts pour l'assurance maladie. C'est pourquoi je ne vois pas de lien avec la carte hospitalière.

Il est vrai, madame la présidente de la commission, qu'il serait intéressant que les structures mixtes, accueillant à la fois des malades et leur famille, puissent entrer dans le dispositif au titre de leur rôle d'hébergement de malades. Cela permettrait de ne pas déstabiliser des structures existantes et qui fonctionnent bien.

Ce qui pose la question plus générale de l'accueil des familles à proximité des hôpitaux. Il existe ainsi des maisons familiales hospitalières, relevant souvent du secteur associatif et du bénévolat. Certaines de ces structures connaissent actuellement des difficultés.

Bien que ces structures ne relèvent pas à proprement parler du dispositif, je reprends à mon compte l'interpellation de Mme la présidente de la commission, pour demander à Mme la ministre qu'une réflexion soit engagée sur cette question importante.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le problème de la carte hospitalière n'a effectivement aucun rapport avec la mise en place des hôtels. On peut certes considérer que le développement de la chirurgie ambulatoire risque d'avoir un impact sur l'organisation de l'offre de soins, mais il ne s'agit là que de proposer une nouvelle modalité d'accueil et d'hébergement des patients traités en ambulatoire.

La carte hospitalière est en constante évolution puisqu'elle relève des schémas régionaux d'offres de soins, les SROS, qui tiennent compte des besoins. En outre, la loi santé permettra la mise en place de groupes hospitaliers de territoire, qui contribueront également à faire évoluer l'offre de soins.

Les maisons d'accueil au sens strict, madame la présidente, ne relèvent pas de la logique de cette expérimentation, puisqu'il s'agit d'accueillir les familles des malades quand ceux-ci sont hospitalisés. Il peut cependant arriver qu'elles assurent également l'accueil de malades dans les mêmes conditions.

Je propose qu'on envisage cette question en termes, non pas de structures, mais de services rendus, et qu'on examine avec les structures susceptibles d'accueillir les malades pris en charge en ambulatoire comment elles pourraient s'insérer dans le dispositif. Il ne s'agit pas d'exclure a priori telle ou telle structure, mais de répondre à un besoin : celui de l'hébergement extra-hospitalier de patients qui ont fait l'objet d'une prise en charge hospitalière pendant la journée.

Quant au reste, madame la présidente, je tiens à vous rassurer : la situation de ces maisons d'accueil est bien connue du ministère et nous savons que certaines rencontrent des difficultés financières. Nous devons réfléchir avec elles aux moyens de faire évoluer leur modèle économique.

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

M. Dominique Tian. On ne sait plus trop quelle sera la raison d'être vos « Ibis de proximité », puisque les patients pris en charge en ambulatoire sortent de l'hôpital dans la journée.

La proposition de Mme la présidente de la commission d'intégrer dans l'expérimentation des associations de bénévoles qui accueillent des familles de malades vient encore obscurcir la question. En tout état de cause, la création de ces « Ibis de proximité » devrait normalement se traduire par la fermeture de lits de médecine générale.

En revanche, s'il s'agit d'accueillir les familles, ce n'est pas le même sujet. L'hébergement des familles ne pose pas de problème puisqu'il y a des hôtels à proximité de tous les centres hospitaliers et de toutes les cliniques.

Il existe en outre des établissements de soins de suite, qui permettent de suivre la convalescence du patient.

Nous n'avons pas compris en outre comment ces hôtels seront financés. Par la Sécurité sociale ? Par l'hôpital ?

Et puis que fait-on du SROS ? Faudra-t-il prévoir partout des procédures dérogatoires ?

Je ne serais pas trop rassuré, monsieur Véran, si mon vieux papa malade devait être hébergé dans un Ibis au lieu de rester à l'hôpital.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Je crois avoir trouvé à quoi serviront ces nouvelles structures : de lieux de stage pour les élèves de l'école des patients, dont la création a été votée tout à l'heure.

Je crois qu'il faut être un petit peu sérieux avec l'argent public.

M. Olivier Véran, rapporteur. Vos propos ne sont pas à la hauteur du débat.

(Les sous-amendements n^{os} 946 rectifié, 949 rectifié et 970, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

(Les sous-amendements n^{os} 976 rectifié et 977 deuxième rectification, successivement mis aux voix, sont adoptés et le sous-amendement n^o 950 tombe)

(Les amendements identiques n^{os} 942 et 690 rectifié, sous-amendés, sont adoptés et l'amendement n^o 463 tombe.)

Article 38 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 242.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement est rédactionnel.

(L'amendement n^o 242, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n^o 779.

M. Jean-Louis Roumegas. Pour lutter contre les déserts médicaux, on a institué le système des praticiens territoriaux. Le texte prévoit déjà un encadrement par convention des dépassements d'honoraires, sans fixer de limites. Nous, nous considérons qu'il faut fixer un plafond à ces dépassements. On est dans un cadre dans lequel les praticiens territoriaux bénéficient déjà d'une incitation.

D'un autre côté, à cause du désert médical, ils pourraient être incités à pratiquer des dépassements d'honoraires. Plutôt que de laisser cela à la négociation, nous proposons de fixer un plafond qui nous paraît réaliste : 40 % au-delà du tarif conventionné.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable de la commission. Le nouveau dispositif, contrairement à celui des praticiens territoriaux de médecine générale, est ouvert non seulement aux primo-installants, mais aussi aux médecins qui sont déjà en exercice. À ce titre, il a été ouvert au secteur 2.

Nous en avons discuté en commission : les contraintes qui sont imposées pour bénéficier en retour des avantages sociaux inclus dans ce dispositif des praticiens territoriaux de médecine ambulatoire sont d'assurer et d'installer une offre de soins qui perdure dans un territoire sous-doté. L'objectif est bien de lutter contre les déserts médicaux. Il y a en plus une demande de modérer les dépassements d'honoraires lorsqu'il y en a. Aller au-delà de ce qui a été déterminé dans la convention médicale dans le cadre du contrat d'accès aux soins paraît excessif.

Il y a encore d'autres règles : nous allons y venir bientôt. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je donne un avis défavorable, mais je voudrais indiquer dans quel cadre s'inscrit la démarche du Gouvernement.

Nous sommes confrontés à des territoires dans lesquels nous manquons de professionnels de santé et de médecins en particulier. C'est pourquoi, il y a deux ans, vous avez voté la mise en place des praticiens territoriaux de médecine générale.

Ce sont de jeunes médecins qui bénéficient d'une double incitation à s'installer dans des territoires désertifiés. D'une part, une garantie financière, qui consiste, si jamais ils avaient des difficultés, à leur assurer un revenu de praticien. D'autre part, un avantage maternité ou paternité, sachant que les femmes, chez les professionnels de santé, n'ont pas de congé maternité en temps normal.

Ce dispositif fonctionne et fonctionne bien. Il a permis d'installer près de quatre cents jeunes médecins dans des territoires qui n'en avaient plus. On constate qu'il manque des spécialistes. La question a donc été : pourquoi ne pas faire la même chose ?

Nous prévoyons donc des praticiens territoriaux de médecine ambulatoire, mais avec une seule incitation et non les deux dont bénéficient les médecins généralistes : pas de revenu minimum garanti, mais l'avantage maternité ou paternité.

En contrepartie, qu'attendons-nous du professionnel ? Qu'il s'installe pour une durée minimale, trois ans, et qu'il pratique des honoraires qui soient responsables, raisonnables, choisissez le mot que vous voulez.

Dans le texte que nous vous proposons, nous renvoyons à un décret. Celui-ci va fixer une limite à ne pas dépasser. Il me semble que nous devrions pouvoir travailler sur ce qu'il y a dans le contrat d'accès aux soins, puisqu'il fixe des limites à ne pas dépasser en matière d'honoraires. Depuis la mise en place de ces contrats, nous constatons une baisse progressive des dépassements d'honoraires. Il y a donc là un levier résultant de la négociation conventionnelle qui nous paraît utile.

Je vous indique l'esprit dans lequel le Gouvernement travaille. Le décret n'est pas élaboré, mais tel est l'esprit dans lequel je compte avancer.

Je vous demanderais volontiers de retirer votre amendement. En tout cas, vous voyez que la préoccupation qui est la vôtre est celle du Gouvernement. Des éléments plus précis seront apportés par voie réglementaire.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Je vous remercie pour ces explications et j'accepte de retirer l'amendement. En contrepartie, le Gouvernement pourra-t-il me tenir informé de l'évolution du dossier et des pratiques réelles ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Bien sûr.

(L'amendement n^o 779 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 166.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement de clarification qui a été adopté en commission. Il vise à recenser la liste des engagements en matière de prévention, de coordination et de permanence des soins. C'est ce que je disais tout à l'heure : la liste des engagements demandés aux médecins pour bénéficier du système du PTMA paraissait un peu excessive au regard du pendant incitatif. Nous simplifions donc le dispositif.

(L'amendement n° 166, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 82 et 268.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 82.

M. Jean-Pierre Door. Nous venons d'évoquer le principe du praticien territorial de médecine générale. On sait qu'environ deux cents ont pris position sur le territoire.

On veut maintenant créer un outil complémentaire avec le praticien territorial de médecine ambulatoire. C'est effectivement différent, puisqu'il ne s'agit plus d'une primo-installation. Il ne s'agit donc plus uniquement de jeunes, mais aussi de médecins spécialistes ou généralistes exerçant déjà quelque part. Vous créez un nouveau contrat pour d'autres médecins et c'est une bonne chose.

Les femmes bénéficieront du congé de maternité et tout cela est nettement positif.

Le problème, comme on l'a vu avec l'amendement précédent, est qu'on veut déjà bloquer ce système, en imposant à des médecins qui seraient en secteur 2 des tarifs non seulement modérés, mais en fait limités.

Vous allez, je crois, prendre un décret. Celui-ci, à notre sens, ne doit pas fixer la limite de dépassement. Soit il s'agit de médecins qui ont déjà signé un contrat d'accès aux soins : dans ce cas, la modération existe, puisqu'elle entre dans la philosophie de ces contrats. Soit il s'agit de médecins spécialistes, du secteur 2, qui n'ont pas signé de tels contrats : il y a d'autres moyens, en particulier le tact et la mesure. Il faut essayer de leur expliquer qu'ils ont intérêt à signer le contrat d'accès aux soins : ce n'est pas une tare, au contraire, il y en a déjà des milliers. À ce moment-là, il ne faut pas que nous ayons un décret qui soit contraignant.

Toute contrainte sera contre-productive et il serait dommage de créer un outil qui ne serait pas accepté.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 268.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable de la commission. Il ne s'agit pas de contraintes, mais d'un cadre réglementaire dans une relation contractuelle. Si vous ne définissez ni dans la loi, ni par décret, le cadre contractuel s'agissant de la modération des dépassements d'honoraires, vous ôtez toute possibilité pour l'agence régionale de santé de briser le contrat, si d'aventure les clauses n'étaient pas respectées.

(Les amendements identiques n° 82 et 268, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'article 38, amendé, est adopté.)

Article 39 (précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 244.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 244, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 897.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il a pour objectif de favoriser la diffusion du nouveau contrat. Dans sa rédaction actuelle, le dispositif exclut toute possibilité de cumul avec les aides démographiques qui existent déjà et qui sont réservées aux professionnels exerçant dans les zones sous-denses, ce qui paraît restrictif.

Pour inciter les médecins à s'installer en zone de montagne, l'amendement vise à prévoir des possibilités de cumul avec le bénéfice des aides conventionnelles existantes.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous avons discuté en commission de l'opportunité de cumuler les aides pour les médecins de montagne et je me réjouis que la ministre dépose un amendement que nous n'aurions pas pu déposer en tant que parlementaires. Un avis évidemment favorable.

(L'amendement n° 897 est adopté.)

(L'article 39, amendé, est adopté.)

Après l'article 39 (amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 262.

Mme Bérengère Poletti. Il vise à insérer un alinéa ainsi rédigé : « Cette subvention est modulée par application d'un coefficient multiplicateur N, défini comme le rapport entre le montant total des actes et prestations remboursables divisé par le montant total du chiffre d'affaires de la structure, considéré pour l'année N - 2. »

Au moment où le budget de l'assurance-maladie est de plus en plus contraint, il convient de moduler la subvention en fonction de la part des actes remboursables réalisés par rapport à l'activité totale de la structure, qui inclut les dépassements et les actes non remboursables.

Cette mesure permettra d'affecter les subventions sur le secteur des actes remboursables par l'assurance-maladie sans affecter les centres de santé qui assurent leur mission première d'accès à tous les soins.

Cette mesure rétablit l'équité avec les professionnels de santé libéraux, qui subissent ce mécanisme de modulation de leurs avantages sociaux depuis 2006.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. De nouveau, c'est un débat que nous avons eu en commission. Il est vrai que la question que vous soulevez est sensible. Je vous avais indiqué ma sensibilité pour tenter d'apporter une réponse. Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales a porté sur les centres de santé. Il y a des négociations conventionnelles en cours qui portent sur la rémunération au sein des centres de santé : elles doivent notamment permettre d'améliorer l'accès aux soins dentaires dans les centres spécialisés. Une mesure législative, à cette étape-là, me paraît prématurée. C'est pourquoi je donne un avis défavorable.

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

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 405.

Mme Valérie Boyer. Il s'agit d'un amendement particulièrement intéressant, puisqu'il vise à exonérer partiellement de cotisations retraite les médecins qui exerceraient en zone sous-dense.

En effet, il faut rappeler que le cumul emploi-retraite permet de répondre aux défis de la pénurie médicale. Le gisement reste considérable, mais beaucoup de médecins sont rebutés par le paiement de cotisations à la CARMF, qui n'ouvrent pas droit à prestation : ils cotisent, mais ne peuvent en bénéficier, puisqu'ils sont déjà à la retraite.

Il y a aujourd'hui 10 578 médecins retraités, âgés de 65 à 70 ans, sans activité, qui pourraient participer à l'offre de soins et qui pourraient répondre, au moins en partie, aux difficultés rencontrées dans certaines zones.

C'est donc un amendement tout à fait intéressant qui permettrait à des retraités de continuer à avoir une activité sans être pénalisés.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable, comme l'an dernier et comme il y a deux ans, sur cet amendement, puisqu'il s'adresse à des médecins qui, par définition, ont liquidé l'ensemble de leur pension de retraite.

Comme l'a dit la ministre, un certain nombre de dispositions existent dans les déserts médicaux en faveur notamment des jeunes médecins qui ont vocation à exercer dans la durée : c'est là-dessus que nous mettons le paquet.

Mme Valérie Boyer. Les dispositifs peuvent se cumuler !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Jean-Pierre Door. D'habitude, je suis tenace, mais cette fois je n'ai pas re-signé cet amendement, alors que cela fait quatre ans que je l'ai déposé en première et en deuxième lecture. M. Bapt, à chaque fois, me soutenait, Mme Orliac me soutenait, et puis le Gouvernement – les Gouvernements – n'ont pas accepté ce principe. Je crois que c'est une erreur.

M. le rapporteur dit qu'il y a d'autres incitations : oui, il y en a d'autres, mais il est certain qu'on se prive de plusieurs centaines de médecins retraités qui seraient peut-être d'accord pour exercer. Ce qu'ils ne veulent pas, c'est payer

des cotisations à perte : les cotisations ne leur rapportent aucun point. Ils ont effectivement liquidé leur retraite. Ils paieraient les URSSAF, ils paieraient les impôts ; mais payer des cotisations de retraite pour rien les désole et ils préfèrent rester chez eux.

On se prive de l'éventualité de quelques centaines de médecins retraités, en âge de pouvoir encore exercer, car certains trouvent que la retraite n'est pas agréable et ont envie de reprendre une activité. Il est dommage de s'en priver.

Mme Valérie Boyer. D'autant qu'ils ont de l'expérience !

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Loin de moi, madame la ministre, l'idée de vouloir contredire votre optimisme quant à l'action que vous menez en faveur des praticiens territoriaux et contre les déserts médicaux – je sais malheureusement en tant qu'élu ce que sont ces derniers.

Malgré les dispositions que vous avez prises voilà quelques mois, nous rencontrons des difficultés considérables pour faire venir des praticiens.

Je le dis sans vouloir bien évidemment mettre en cause la qualité de la formation des personnes qui souhaitent venir s'installer chez nous, mais un certain nombre de médecins formés en Roumanie qui veulent s'installer, et je souhaiterais savoir si vous disposez de statistiques sur ces praticiens qui viennent travailler dans des déserts médicaux – avec d'ailleurs des difficultés que chacun peut comprendre.

Bien souvent, de surcroît, ils s'installent pour six mois puis ils repartent – parfois, aussi, nul ne vient... – en raison de la complexité de la situation.

Or, cet amendement permettrait à des médecins déjà implantés sur les territoires de continuer à exercer avec un coût ridicule pour la collectivité.

Sincèrement, je ne comprends pas votre entêtement à refuser une exonération de charges alors que vous êtes prêts à payer 4 000 euros mensuels à des médecins afin qu'ils s'installent dans les déserts médicaux. J'aimerais que l'on m'explique pourquoi un tel entêtement. Est-ce parce qu'il s'agit de l'une de nos propositions ou parce que vous refusez toute solution ?

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

M. Christian Hutin. Merci de me donner la parole, monsieur le président, pour ce qui sera ma journée « ronchon ».

Je suis assez d'accord avec cet amendement et je vais vous dire très simplement pourquoi, tout comme je suis d'accord avec les actions belles et efficaces qui ont été menées pour inciter les jeunes médecins à s'installer.

En revanche, une question de zonage territorial se pose.

Il existe certes un zonage rural, mais je parlerai d'expérience puisque j'exerce encore un peu la médecine au pied d'immeubles, en ZUS, où l'on souffre souvent d'un cruel manque de médecins.

De vieux praticiens veulent bien rester pour continuer à travailler auprès de patientèles difficiles et mener des combats qui le sont tout autant.

Des dizaines d'entre eux viennent cependant me voir en me disant qu'ils arrêtent faute de pouvoir exercer longuement en raison de leur santé ou de leur vie familiale, mais aussi parce qu'ils doivent payer plus de cotisations à la CARMF qu'ils ne gagnent d'argent : « Christian, monsieur le maire, excuse-moi mais je m'en vais », m'annoncent-ils.

Il faudrait tout de même réfléchir à ce problème sans aucun dogmatisme. Je ne pense pas que ces médecins veuillent s'enrichir : ils veulent continuer à travailler parce qu'ils ont conscience de la demande de santé.

Mme Bérengère Poletti. Eh oui !

M. Christian Hutin. Il devrait donc être possible d'orienter notre politique vers ces deux axes, ce ne serait pas complètement ridicule.

Mme Claude Greff. Ce serait même du bon sens !

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, puis, nous passerons au vote.

Mme Valérie Boyer. Notre collègue Christian Hutin vient de décrire très concrètement la situation que j'ai exposée en présentant cet amendement.

Puisque Bérengère Poletti n'a pas eu la parole, je me ferai son porte-parole pour signaler qu'elle connaît dans les Ardennes bon nombre de médecins en situation de *burn-out* qui seraient ravis de recevoir l'aide de médecins retraités.

Mme Claude Greff. Le même problème se pose en Indre-et-Loire mais je vois que la ministre s'en désintéresse.

Mme Valérie Boyer. Franchement, monsieur le président, madame la ministre, si un quart des 10 578 médecins retraités âgés de 65 à 70 ans exerce une petite activité ou reste en pleine activité, nous y gagnerions en termes d'offre de soins et même pour favoriser la transmission avec les jeunes médecins qui s'installent.

Il faut agir sur les deux bouts de la chaîne et ne pas pénaliser les praticiens qui souhaitent avoir une activité supplémentaire en leur faisant payer l'intégralité de leurs cotisations à la CARMF.

Mme Claude Greff. Bien sûr !

Mme Valérie Boyer. C'est du bon sens, cela n'ôte rien à personne et ne présente que des avantages.

Madame la ministre, je crois qu'il serait de bonne politique de demander la sagesse sur cet amendement. Je suis en effet certaine que les députés de votre majorité le voteraient volontiers car il est frappé au coin du bon sens. Notre éminent collègue Jean-Pierre Door le défend d'ailleurs avec raison depuis quatre ans.

Mme Bérengère Poletti. Tout à fait ! Bravo !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je souhaite répondre aux interpellations qui sont venues de tous les bancs, aussi bien celles de M. Hutin que de l'opposition.

Il n'est pas question, pour le Gouvernement, de choisir entre les jeunes ou les moins jeunes praticiens.

Nous choisissons d'accompagner l'installation des jeunes médecins parce que nous faisons l'hypothèse que le lieu où ils vont commencer leur carrière constitue un élément important. Nous menons donc des actions dans leur direction.

Refusons-nous pour autant que des médecins expérimentés et retraités puissent contribuer à la politique de soins ? La réponse est non.

Mme Bérengère Poletti. Alors, il faut les encourager !

Mme Marisol Touraine, ministre. Cela implique-t-il de les exonérer des cotisations vieillesse ? Je dis les choses très simplement : nous leur appliquons les mêmes règles qu'à l'ensemble de ceux qui cumulent emploi et retraite.

M. Jean-Pierre Door. C'est exact.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il n'existe pas de différence entre les médecins et les autres professionnels...

Mme Bérengère Poletti. Que faites-vous de la démographie médicale ?

Mme Marisol Touraine, ministre. ... alors même que les médecins ont bénéficié de soutiens en termes de cotisations sociales de la part de l'assurance maladie tout au long de leur carrière, ce qui n'est pas le cas pour d'autres professionnels.

Encore une fois, nous nous situons dans le cadre du dispositif de cumul emploi-retraite.

Vous vous préoccupez d'une catégorie mais nous nous préoccuons aussi de l'ensemble de la situation de la Sécurité sociale.

Quel est l'enjeu des débats que nous avons eus dans cet hémicycle autour de l'avenir de nos régimes de retraite ?

Il est possible d'avoir une activité lorsque l'on est à la retraite et donc de gagner de l'argent en plus – ce qui est très bien, nous ne nous y opposons pas – mais lorsque la retraite a été liquidée, le retraité continue de contribuer à la solidarité nationale sans que cela ne leur apporte de points complémentaires.

Ce qui vaut pour les médecins vaut pour l'ensemble des Français et l'ensemble des professions.

Mme Valérie Boyer. Non !

Mme Marisol Touraine, ministre. J'insiste sur ce point.

C'est pourquoi, je le répète, je suis défavorable à l'adoption de cet amendement, avis qui avait d'ailleurs été celui du précédent gouvernement, sans doute pour les mêmes raisons.

Mme Valérie Boyer. C'était une erreur.

(L'amendement n° 405 n'est pas adopté.)

Mme Valérie Boyer. Quel dommage !

Mme Bérengère Poletti. En effet !

Article 40 *(précédemment réservé)*

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

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet article prévoit de renforcer et de simplifier le fonctionnement du Fonds d'intervention régional, le FIR, et va dans le bon sens, l'objectif étant de permettre aux ARS de soutenir les actions de transformation du système de santé *via* ce Fonds dans une logique de lisibilité et de simplification.

La restructuration des missions du FIR en quatre axes stratégiques dans le cadre de ce PLFSS conforte la coordination des parcours et favorisera des améliorations en ce sens.

Néanmoins, je me permets de le dire ici, on peut regretter que ce Fonds soit annuel et non pluriannuel, ce qui peut limiter son effet structurant.

À l'avenir, il serait aussi possible d'imaginer qu'une partie de ce Fonds puisse servir de point d'appui au secteur médico-social pour mener des expérimentations sur les territoires grâce à un fléchage permettant de réserver un pourcentage préalablement déterminé et limité.

Par exemple, on pourrait ainsi imaginer expérimenter des dispositifs « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », les PAERPA, pour des personnes en situation de handicap.

J'ai d'ailleurs évoqué ce sujet dans le cadre de la discussion générale et je souhaite appeler à nouveau l'attention de la ministre sur cette possibilité d'utiliser le FIR, à hauteur d'un pourcentage qui reste à définir, afin de soutenir des actions de transformation dans le secteur médico-social.

J'ai également évoqué deux autres outils – sur lesquels je reviendrai tout à l'heure – que sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, et les enveloppes financières.

C'est là un sujet sur lequel nous devrions pouvoir continuer de travailler.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 600 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 600 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

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

M. Gilles Lurton. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2015 organise une refonte des fonds d'intervention régionaux comme Mme Carrillon-Couvreur vient de le dire.

Si cette réorganisation nous semble souhaitable, il est aussi important de préciser le périmètre des FIR.

Cet amendement vise donc à identifier clairement l'offre sanitaire et médico-sociale à domicile comme entrant dans le champ du FIR.

Ainsi, il s'inscrit dans la droite ligne des évolutions prévues par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et des orientations de la stratégie nationale de santé, en permettant aux établissements et services de santé tel que les centres de santé infirmiers intervenant majoritairement à domicile, les structures d'hospitalisation à domicile ou d'autres types de services d'entrer expressément dans les missions des FIR.

Cette question est également l'occasion pour moi, madame la ministre, de vous demander encore une fois de bien vouloir nous préciser le montant exact du FIR et la façon dont il est réparti entre les différents établissements. Enfin, est-il possible d'obtenir la liste de ceux qui en ont bénéficié ?

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable, monsieur le député, votre amendement étant pleinement satisfait par le texte.

En effet, rien n'empêche, au contraire, que les missions que vous appelez de vos vœux soient remplies et financées par le biais du FIR.

Vous avez interpellé Mme la ministre, et peut-être vous répondra-t-elle, mais le montant exact du FIR figure dans l'annexe du projet, comme j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire en commission.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Je profite de la discussion de cet amendement pour insister sur le fait que la prévention figure au nombre des missions du FIR définies autour de quatre axes.

Précisément, il me semble opportun de se pencher encore plus, dans le cadre de la prévention, sur l'éducation thérapeutique du patient.

Voilà quelques années, un rapport a été présenté à l'Assemblée nationale et adopté à l'unanimité.

Nous avons alors constaté que, s'agissant des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient était bénéfique à ce dernier puisque l'on note moins de poussées aiguës, que son confort de vie est bien plus important et, enfin, que cela coûte moins cher aux caisses de Sécurité sociale.

(L'amendement n° 35, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 66 et 569.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 66.

Mme Valérie Boyer. Nous proposons de supprimer les mots « et médico-sociale » à la fin de l'alinéa 11.

En effet, le fonds d'intervention régional a été créé par versement de différentes sources de financement des établissements de santé.

L'extension du périmètre de ce fonds aux structures médico-sociales sans augmentation de l'enveloppe financière hypothèque la réalisation des projets initiés par les établissements de santé afin d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité de leur organisation.

Ceci est notamment le cas en ce qui concerne l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, antérieurement financée par les CLACT, les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, réservé aux établissements de santé.

Cet amendement vise à garantir le caractère opérationnel du fonds d'intervention régional en préservant sa capacité de financement d'actions ciblées.

Là aussi, nous sommes garants de la bonne utilisation des fonds publics.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 569.

Mme Claude Greff. Mes chers collègues, j'espère que la population nous entend et constate combien Mme la ministre repousse systématiquement tous les amendements de l'opposition, comme si nous ne pouvions pas avoir d'idées, et de bonnes idées!

M. Denis Jacquat. Partons en vacances ensemble, de temps en temps! (*Sourires*)

Mme Claude Greff. Sans doute, surtout lorsque Mme la ministre me regarde avec ces yeux qui, s'ils étaient des fusils... Enfin, bref!

M. Gérard Bapt. C'est vous qui nous accusez de ne pas avoir de bonnes idées!

Mme Claude Greff. Le présent amendement vise à garantir le caractère opérationnel du fonds d'intervention régional en préservant sa capacité de financement d'actions ciblées.

La réforme du champ d'application du FIR – qui s'étend à l'amélioration des conditions de travail dans les structures médico-sociales – nous inquiète alors que l'objectif initial du FIR, madame la ministre – j'aime bien lorsque vous me regardez comme cela! – est de traiter des priorités.

Les établissements devront-ils en supporter les coûts? Qui financera tout cela? J'espère en tout cas que ce ne seront pas ces derniers car ils sont d'ores et déjà surchargés par les coûts que vous instaurez dans toutes les lois à venir.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. L'amendement étant mal placé au sein de l'article, il ne signifie en l'état absolument rien.

Mme Claude Greff. N'importe quoi!

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable.

(*Les amendements identiques n°s 66 et 569, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton, pour soutenir l'amendement n° 225.

M. Gilles Lurton. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable, cet amendement étant satisfait.

(*L'amendement n° 225, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 60.

Mme Valérie Boyer. Comme l'amendement n° 66, l'amendement n° 60 tend à supprimer les mots « et médico-sociales », mais cette fois-ci à l'alinéa 13. L'objectif est toujours le même: préserver l'efficacité, l'organisation et la qualité des soins des établissements de santé. On souhaite ainsi garantir le caractère opérationnel du fonds d'intervention régional, en

préservant sa capacité de financement d'actions ciblées. L'exposé sommaire de cet amendement est le même que celui de l'amendement n° 66.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 406.

M. Dominique Tian. Il est défendu, monsieur le président.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Ces amendements, eux, sont à leur place dans l'examen de l'article.

Je me suis adressé au ministère, comme nous en avions convenu en commission, et j'ai obtenu confirmation auprès de ses services que l'extension proposée par le présent alinéa ne concerne que l'amélioration des conditions de travail des personnels des structures médico-sociales, dont le financement est fixé dans le cadre de l'ONDAM. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(*Les amendements identiques n°s 60 et 406 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi par M. Olivier Véran, rapporteur, d'un amendement rédactionnel, n° 592.

(*L'amendement n° 592, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 498.

M. Francis Vercamer. Une fois n'est pas coutume, je vais défendre ma région. Cet amendement vise à s'assurer que la répartition des crédits du FIR soit équitable entre les territoires. Je représente une région, le Nord Pas-de-Calais, où le taux de mortalité est très supérieur à la moyenne nationale et où l'espérance de vie pour les hommes y est de trois ans inférieure. Or cette région ne touche malheureusement que 5,7 % de l'enveloppe, alors qu'elle représente 6,5 % de la population française.

La situation sanitaire de la région Nord-Pas-de-Calais est dramatique, et la presse locale ne cesse de s'en faire l'écho. Dans cette région traditionnellement industrielle, avec les mines, la sidérurgie, le textile et ses colorants, la situation sociale est extrêmement difficile. Et pourtant, le Nord reçoit systématiquement moins de crédits par habitant que les autres régions, et pas seulement en matière de politique de santé: c'est le cas aussi pour la politique de la ville et dans d'autres domaines. Je suis en train de faire une étude comparative au niveau départemental.

Je voudrais m'assurer, par cet amendement, que la répartition des crédits du FIR, à laquelle nous travaillons, sera équitable et prendra en compte les besoins de chaque région, ainsi que le critère démographique. Je ne demande pas à ce que le Nord-Pas-de-Calais reçoive plus que les autres, mais seulement qu'il soit traité comme les autres. Du reste, ce qui est vrai du Nord-Pas-de-Calais l'est sûrement aussi de quelques autres régions, car la répartition des crédits n'est pas homogène.

M. Denis Jacquat. Bien sûr!

M. Francis Vercamer. Il me semble qu'une répartition plus équitable de ces crédits entre les territoires s'impose, surtout à une époque où l'on parle beaucoup d'égalité ou d'équité de traitement.

Mme Bérengère Poletti. Et de solidarité!

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Votre remarque, monsieur Vercamer, me paraît tout à fait pertinente, et une réflexion est d'ailleurs en cours pour déterminer les principes et les clés de répartition du FIR. La commission a émis un avis défavorable à votre amendement, précisément parce que cette réflexion est actuellement en cours. Il paraît donc prématuré de voter cet amendement en l'état. Mais je répète que votre préoccupation est intéressante et que nous la partageons.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je partage moi aussi votre préoccupation, monsieur Vercamer, mais, comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, certains des crédits du FIR sont déjà répartis en fonction de critères de santé publique, et donc pondérés en fonction des régions. Votre région, dont les indicateurs de santé publique sont dégradés par rapport à d'autres, bénéficie donc déjà de dotations supplémentaires. Cette ventilation, ou cette pondération, ne s'applique certes qu'à une partie des critères d'affectation du FIR, mais cela signifie tout de même que votre revendication est déjà en partie satisfaite. La réflexion que nous avons engagée consiste à voir comment nous pouvons aller plus loin et tenir compte encore davantage des réalités locales dans la répartition de ce fonds.

J'entends votre préoccupation, mais je vous répète que nous tenons déjà compte du problème que vous soulevez lorsque nous répartissons les crédits. Je n'ai plus ces chiffres sous la main, mais j'ai déjà eu l'occasion d'évoquer le montant des ressources supplémentaires dont bénéficie votre région. C'est pour cette raison que j'émetts un avis défavorable à votre amendement.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Vous devriez accepter cet amendement: je vous rappelle que l'élue importante du secteur s'appelle Martine Aubry.

M. Denis Jacquat. Il faut dire qu'elle n'a pas la cote en ce moment!

M. Dominique Tian. Mais c'est une bonne amie de Mme la présidente!

M. Francis Vercamer. Je ne voudrais pas créer des problèmes entre la majorité et Mme Aubry, qui est maire de Lille, la capitale régionale, mais je maintiens mon amendement, car il me semble utile de rappeler dans la loi l'importance de l'équité territoriale.

(L'amendement n° 498 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi par M. Olivier Véran, rapporteur, d'un amendement rédactionnel, n° 591.

(L'amendement n° 591, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 59, 407 et 91, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 59 et 407 sont identiques.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 59.

Mme Valérie Boyer. Notre système de santé doit reposer sur des valeurs de transparence, d'équité, et de citoyenneté.

Si la mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2012 constitue une démarche facilitant une approche globale du financement de notre système de santé, elle a rendu plus opaques les conditions d'allocation de ressources et les bénéficiaires de celles-ci. En ces temps où le Gouvernement souhaite assurer la transparence financière totale dans un souci de restauration des comptes publics – du moins l'espérons-nous – il est grand temps que les agences régionales de santé publient, établissement de santé par établissement de santé, les fonds qu'elles affectent.

Du reste la loi organique relative aux lois de finances du 1^{er} août 2001 a intégré dans les finances de l'État un principe de sincérité budgétaire visant à la transparence financière. Il est étonnant que les finances sociales, près de quinze ans plus tard, ne s'inspirent toujours pas de ce principe. Cet excellent amendement, que vous ne manquerez pas d'adopter, propose d'y remédier en insérant, après la première phrase de l'alinéa 17 de l'article 40: « Les budgets annexes sont publiés au recueil des actes administratifs de la région. »

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 407.

M. Dominique Tian. Je partage totalement le point de vue de Valérie Boyer. Cette demande est formulée de manière récurrente au sein de la commission des affaires sociales, notamment par notre collègue Isabelle Le Callennec, qui pose la question depuis deux ans sans obtenir aucune réponse. Ce débat aurait dû avoir lieu en commission, mais puisque nous sommes passés rapidement dessus, nous demandons à présent solennellement à Mme la ministre, dans cet hémicycle, de nous donner une réponse. Il est impensable que nous n'en ayons pas eu depuis deux ans: un minimum de transparence s'impose!

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 91.

M. Jean-Pierre Door. Le fonds d'investissement régional est une innovation qui a été introduite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale il y a quelques années. Nous l'avons sanctuarisé, et il conviendrait peut-être d'augmenter encore le fonds global, dont le montant dépasse 3 milliards d'euros. Nous en avons débattu longuement au moment où nous avons évoqué les ORDAM, les objectifs régionaux d'assurance maladie, et nous avons alors exprimé notre préférence pour le FIR.

Mais, dans un souci de transparence, nous souhaiterions qu'un rapport détaille l'utilisation qui est faite de ces crédits chaque année. Nous connaissons déjà la répartition des fonds, région par région, mais il conviendrait de connaître également leur répartition établissement par établissement, à la fois au niveau des missions d'intérêt général, les MIG, et des aides à la contractualisation, ou AC. Les choses peuvent varier d'un département à l'autre et d'un établissement à l'autre, or nous avons tous intérêt à gagner en transparence

et à ce que les élus, ou les responsables du domaine social dans nos départements et nos régions, aient accès à toutes ces données.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous avez totalement raison : il est extrêmement important de savoir comment l'ARS répartit le FIR, établissement par établissement, et même association par association, pour revenir à ce qui a été dit ce matin.

Or il se trouve que le recueil des actes administratifs en préfecture, disponible sur internet, donne la liste détaillée des crédits du FIR attribués par l'ARS, établissement par établissement, et même association par association. Ce que vous demandez ne relève pas de la loi, mais du règlement, et c'est déjà tout à fait satisfait par la pratique, comme je vous l'avais dit en commission. Avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 59 et 407 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 91 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 65, 408 et 924.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 65.

Mme Valérie Boyer. Toujours dans le même esprit que mes amendements précédents, il s'agit d'ajouter, après la troisième phrase de l'alinéa 18 de l'article 40, la phrase suivante : « Le directeur général de l'agence régionale de santé publie chaque année la liste et les montants des actions financées au titre du fonds, par établissement et par objet. »

J'ignorais que l'on pouvait déjà avoir accès à la répartition des crédits établissement par établissement. Si l'on dispose de la même liste objet par objet, je retire mon amendement.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est le cas !

Mme Valérie Boyer. Alors nous sommes très contents et je retire mon amendement.

(L'amendement n^o 65 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 408.

M. Dominique Tian. Je le retire également.

(L'amendement n^o 408 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 924.

M. Jean-Pierre Door. Je le retire également, pour la même raison.

(L'amendement n^o 924 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 63, 409, 567 et 925.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 63.

Mme Valérie Boyer. Il me semble que nous sommes dans le même cas de figure.

M. le président. Je ne sais pas. C'est à vous de me le dire, madame Boyer, car je ne peux pas retirer vos amendements sans votre accord.

Mme Valérie Boyer. Je le retire, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 409.

M. Dominique Tian. Il est retiré.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n^o 567.

Mme Claude Greff. Il est retiré.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 925.

M. Jean-Pierre Door. Je le retire également.

(Les amendements identiques n^{os} 63, 409, 567 et 925 sont retirés.)

(L'article 40, amendé, est adopté.)

Article 41 **(précédemment réservé)**

M. le président. Je suis saisi par M. Olivier Véran, rapporteur, de huit amendements rédactionnels, n^{os} 598, 597, 596, 588, 589, 587, 595 et 594.

(Les amendements n^{os} 598, 597, 596, 588, 589, 587, 595 et 594, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de la commission des affaires sociales, n^o 167 qui fait l'objet de plusieurs sous-amendements du Gouvernement, n^{os} 978, 980 et 979.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Le forfait innovation a été créé en 2008. En 2014, sous l'impulsion de l'actuelle ministre de la santé, il a pu servir deux fois, alors qu'il n'avait pas encore servi depuis sa création. Il permet de financer à titre exceptionnel des dispositifs particulièrement innovants en direction des établissements de santé.

La rédaction actuelle de l'article, selon l'avis de la commission, avait tendance à complexifier l'accès au forfait innovation, en dépit de la remarque que je viens de formuler, puisqu'il fallait que les dispositifs répondent à des critères d'intérêt médico-économiques majeurs. Pour cette raison, nous avons proposé de supprimer le terme « majeurs ».

Je précise que, pour des raisons tenant au respect de l'article 40, l'amendement ne prévoit pas l'extension de la prise en charge des frais aux centres de santé et aux maisons de santé. Je laisse la parole à la ministre pour qu'elle présente ses sous-amendements.

M. le président. Je suis saisi par le Gouvernement de trois sous-amendements, n^{os} 978, 980 et 979, pouvant faire l'objet d'une présentation groupée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de trois sous-amendements techniques, dont l'un répond précisément à l'objectif évoqué à l'instant par le rapporteur d'extension du dispositif aux centres de santé.

M. le président. Madame la ministre, êtes-vous favorable à l'amendement du rapporteur ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable, sous réserve de l'adoption des sous-amendements.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Favorable.

(Les sous-amendements n^{os} 978, 980 et 979, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'amendement n^o 167, sous-amendé, est adopté.)

(L'article 41, amendé, est adopté.)

Après l'article 41

(amendements précédemment réservés)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 125, 223 et 643.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 125.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement porte sur un sujet important. L'inscription au remboursement d'un médicament et le taux de participation de l'assuré sont actuellement déterminés par le service médical rendu, SMR, et son prix par le niveau d'amélioration du service médical rendu, ou ASMR.

Nous vous proposons, et nous en avons déjà débattu avec celles et ceux qui s'intéressent au sujet, en particulier Mme Lemorton et M. Bapt, dans le but d'améliorer la lisibilité et la prise en compte de la valeur ajoutée ou du progrès thérapeutique, d'élaborer, avec le concours de la Haute autorité de santé, un index thérapeutique relatif unique, qui évaluerait l'intérêt clinique d'un nouveau médicament par comparaison avec l'existant.

L'enjeu est surtout d'apprécier une quantité d'amélioration de l'efficacité, éventuellement pondérée par le constat d'une tolérance différente. L'index, ou indicateur unique, ITR, serait défini sur plusieurs niveaux. Cela permettrait de donner des indications uniques pour la décision de remboursement et la fixation du prix.

Le système serait plus simple et plus lisible. Et, dans un souci de cohérence, on vous proposerait de remplacer ou de fusionner les terminologies actuelles dans un indicateur unique : l'index thérapeutique relatif.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement no 223.

M. Gérard Bapt. Je ferai suite aux propos de M. Door, l'amendement que je présente étant identique. Il s'agit d'enrichir l'apport de la médico-économie à la prise en charge des produits de santé.

La valeur d'un produit de santé ne peut plus être mesurée simplement en fonction de son efficacité thérapeutique, mesurée par l'ASMR. Elle doit aussi prendre en compte une dimension collective puisque cette valeur, et notamment le retour sur investissement pour le producteur, va dépendre de l'évolution du marché de ce produit.

Cet amendement a également l'intérêt de nous permettre de dépasser la contradiction qui existe à l'heure actuelle entre les missions des différentes agences chargées de l'autorisation, de l'évaluation et de la fixation du prix d'un produit de santé.

En effet, depuis la réforme de juin 2011 qui faisait suite à l'affaire du Mediator, la mission de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – l'ANSM – a été enrichie. Avant de délivrer une autorisation de mise sur le marché, elle ne se contente plus d'évaluer un produit par rapport à un placebo, ce qui mesure le service médical rendu brut. Nous avons beaucoup insisté pour que l'évaluation se fasse en renforçant le recours à des essais comparatifs, et Mme la présidente de la commission a joué un rôle prépondérant dans la prise en compte de cette préoccupation.

Aujourd'hui, en procédant à des évaluations par comparaison avec un autre produit de la même classe thérapeutique, l'ANSM évalue déjà l'ASMR, ou amélioration du service médical rendu. Or l'évaluation de l'ASMR est la mission traditionnelle de la Haute autorité de santé, et le Comité économique des produits de santé se fonde sur ces évaluations pour fixer le prix des médicaments.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n^o 643.

M. Stéphane Claireaux. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous avons débattu de cette question en commission. Le remplacement du SMR et de l'ASMR, qui déterminent le prix d'un médicament, par le critère unique de l'intérêt thérapeutique relatif aurait du sens, et des travaux sont en cours en ce sens.

Je remercie les auteurs de ces amendements d'avoir retiré les dispositifs médicaux du champ d'application de la mesure par rapport à la version qui avait été présentée en commission.

Il existe sans doute un problème avec l'ASMR tel qu'il est pensé aujourd'hui. En théorie, l'ITR pourrait être une bonne évolution de l'ASMR parce qu'il permettrait de mesurer de façon plus adéquate la plus-value thérapeutique d'un médicament par rapport à un autre.

Mais l'adoption de cet amendement en l'état provoquerait – peut-être pas un « Big Bang » pour l'industrie pharmaceutique et les malades comme nous l'avons dit en commission – mais tout au moins un bouleversement. Du jour au lendemain, un grand nombre de médicaments pourraient se voir déremboursés, ce qui serait évidemment problématique pour les malades. Du côté de l'industrie pharmaceutique, cette mesure changerait énormément la donne de façon

assez brutale. D'ailleurs, la HAS reconnaît elle-même qu'il faudra plusieurs années pour mettre en place un critère ITR applicable dans de bonnes conditions.

Je note aussi que l'ITR est inapplicable pour les médicaments pédiatriques, la cancérologie ainsi que les maladies orphelines. Pour toutes ces raisons, la commission a donné un avis défavorable à ces amendements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Ces amendements soulèvent une question extrêmement importante : celle de l'évaluation des produits de santé, et en particulier des médicaments. Nous voyons bien que nous arrivons au bout de la logique qui repose sur les critères du service médical rendu.

La Haute autorité de santé défend un autre principe d'évaluation depuis un certain temps et selon diverses manières, celui de l'intérêt thérapeutique relatif. Elle a elle-même mené des tests pour évaluer si cet intérêt thérapeutique relatif fonctionnerait, et ces tests ne se sont pas révélés très concluants.

La réflexion doit se poursuivre avec la Haute autorité de santé, et d'autres. Nous avons souhaité qu'un rapport de l'IGAS évalue si ce nouveau mécanisme d'ITR pouvait remplacer les critères d'évaluation qui existent aujourd'hui. Le rapport de l'IGAS a conclu que le dispositif n'était pas entièrement satisfaisant, et il préconisait de nouvelles investigations, qui sont en cours.

Un nouveau rapport a donc été commandé à l'IGAS pour savoir dans quelles conditions nous pourrions passer des mécanismes d'évaluation actuels à un autre type de mécanismes, qu'ils s'agisse de l'index thérapeutique relatif, sous une forme aménagée, ou d'autre chose.

Ce rapport sera remis dans quelques semaines et, sur la base de ses préconisations, je serai en mesure, avant la fin de l'année, de saisir les différentes autorités en place pour leur demander de faire des propositions.

Aujourd'hui, nous ne pouvons pas aller immédiatement vers l'index thérapeutique relatif parce que tous les produits de santé ne sont pas concernés, en particulier les dispositifs médicaux. De plus, il est difficile, à partir de ce critère, de fixer un taux de remboursement ou de prendre en compte l'évaluation médico-économique.

Nous devons donc voir comment progresser, au-delà des arguments avancés par le rapporteur, pour avoir un système stable au moment où nous le mettrons en place, afin d'offrir à l'industrie pharmaceutique la visibilité et la stabilité nécessaires.

J'entends les préoccupations que vous exprimez, et je partage l'idée que nous arrivons au bout de la logique actuelle. Nous commençons à voir dans quelle direction aller. Mais la seule alternative construite proposée, cet index thérapeutique relatif, ne répond pas à ce jour aux objectifs. J'insiste sur le fait que la Haute autorité de santé elle-même a procédé à des tests qui se sont révélés très problématiques et préoccupants. Je vous demande donc de retirer ces amendements, à défaut de quoi je serais amenée à donner un avis défavorable.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il est vrai que nous sommes attachés à ce concept depuis la loi de 2011, alors qu'il n'avait encore pas encore pris le nom d'ITR. Je rappelle que c'est la majorité actuelle – alors dans l'opposition – qui avait défendu un amendement, accepté par M. Xavier Bertrand, afin d'introduire la notion de comparateur lorsqu'un nouveau médicament était évalué.

M. Denis Jacquat. Ce gouvernement acceptait les amendements de l'opposition, lui !

Mme Claude Greff. Il avait l'esprit ouvert !

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Je rappelle toutefois que nous avons dû porter cet amendement pendant trois ans, jusqu'à ce que l'affaire du Mediator montre que nous avons raison depuis 2008 et la discussion du PLFSS pour 2009. La comparaison d'un nouveau médicament à l'existant est importante, la ministre s'est clairement exprimée à ce sujet, et nous serons vigilants sur les conclusions des travaux qui sont menés. Un chiffre le démontre : pour 70 % des médicaments évalués, le service médical rendu est important. Mais lorsque l'on mesure l'amélioration du service médical rendu, ces médicaments obtiennent une note de 5, ce qui signifie qu'ils n'apportent pas d'amélioration par rapport à l'existant.

Il faut donc vraiment travailler sur cette question, ne serait-ce que pour les prescripteurs. Dans le panel thérapeutique qui s'offre à eux contre une pathologie, il est parfois compliqué de savoir si un médicament figurant dans la même classe thérapeutique est un médicament de première intention, de deuxième intention ou de troisième intention. L'exemple que tout le monde connaît ici, c'est l'hypercholestérolémie. Pour les médecins, il est parfois compliqué de savoir ce qu'il faut prescrire. Bien sûr, il y a les référentiels de la Haute autorité de santé, mais quand un nouveau médicament arrive, c'est un peu compliqué.

Madame la ministre, je crois que vous avez compris la démarche de l'ITR. J'ai compris qu'il y avait des classes thérapeutiques pour lesquelles il était difficile de bousculer l'industrie pharmaceutique en modifiant radicalement les outils à sa disposition. Je suis donc prête à retirer cet amendement, que j'ai cosigné, et nous serons vigilants lors de la discussion du PLFSS pour 2016.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous partageons l'analyse de la ministre, de la présidente de la commission et du rapporteur : ce système doit évoluer. Mais la seule certitude que nous ayons, c'est que nous n'avons pas le temps. Nous n'avons pas le temps du fait de l'innovation thérapeutique. Nous l'avons vu cette année avec le financement des traitements contre l'hépatite C qui ont été classés ASMR 2, alors que compte tenu du fait qu'il n'y avait aucun médicament pour cette pathologie, il aurait pu être classé ASMR 1. Mais puisque ces évaluations déterminent le prix, le classement se fait malheureusement aussi en fonction du prix que l'on est prêt à payer pour un médicament.

Cela étant, quelles que soient les pistes choisies – index thérapeutique relatif ou autre –, il faudra absolument prendre en compte les économies que feront réaliser ces innovations pour évaluer le prix des médicaments ou des nouvelles technologies. Car ce qui est en question aujourd'hui, c'est bien sûr la détermination du prix de

l'ensemble des médicaments, quelle que soit leur classe thérapeutique, mais surtout l'évaluation et le prix de l'innovation thérapeutique dans notre pays.

La vraie question des années à venir est là, et elle va se poser très rapidement. C'est pourquoi je ne suis pas d'accord avec M. le rapporteur lorsqu'il déclare que nous avons deux ou trois ans devant nous. Nous n'avons pas deux ou trois ans, il faut le faire très rapidement.

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

M. Jean-Pierre Door. J'ai bien entendu la ministre, le rapporteur et la présidente de la commission. Vous dites avoir mis trois ou quatre ans pour obtenir satisfaction; nous-même évoquions hier le problème des suites données aux travaux de la MECSS, et nous nous demandions s'il était utile de poursuivre ses travaux, mais je ne souhaite pas revenir dessus.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Il y avait M. Morange dans le panel!

M. Jean-Pierre Door. Vous avez obtenu raison au bout de trois ou quatre ans, j'espère donc que nous obtiendrons raison s'agissant des amendements de la MECSS – tenue par M. Morange – que nous avons vainement défendus hier.

Pour en revenir aux amendements en discussion, il me semble, à force de réfléchir au sujet, que la HAS, que nous avons créée il y a quelques années, a un rôle médico-économique qui doit être conforté. C'est peut-être la seule autorité indépendante ayant un rôle médico-économique qui comprend des experts et des scientifiques. Elle peut fournir des indications utiles tant pour la décision de remboursement que pour la fixation du prix et l'intérêt thérapeutique. Elle peut donc fournir les fameux référentiels.

Je suis pour que la chaîne de décision parte de Haute autorité de santé vers le Comité économique des produits de santé, puis jusqu'à l'assurance maladie qui pourra rembourser selon les décisions qui auront été prises. Les prescripteurs ne demandent que cela: ils veulent être confortés par une autorité indépendante qui siège au sommet plutôt qu'être administrés. Ce serait le cas si une autorité indépendante était placée au sommet de la pyramide.

Dans ce cas, l'intérêt thérapeutique relatif devient évident, parce que ce serait décidé en haut lieu par cette autorité. J'ai compris que cela demanderait un certain temps, et que la ministre a demandé des études. Je souhaite que tous les résultats soient connus l'année prochaine, pas dans trois ans comme dans le cas des préconisations de la MECSS. À cette condition, j'accepte de retirer mon amendement.

(L'amendement n° 125 est retiré.)

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

M. Gérard Bapt. Les explications de Mme la ministre montrent que son action va tenir compte de la nécessaire évolution du système d'évaluation de l'intérêt médical, et de son impact médico-économique, dans les prochains temps. Je ne pense pas que ce soit une question de mois.

Je veux retracer l'histoire de l'enrichissement des fonctions de la HAS en matière médico-économique. La première innovation s'est produite dès 2006, avec la création d'une première commission d'évaluation des stratégies de santé, qui favorisait déjà l'intégration des bonnes pratiques. En 2010 a été créée la commission d'évaluation économique et de santé

publique. En 2012, le Parlement a voté le principe d'évaluation médico-économique, qui vient d'être mise en œuvre en 2013. Nous avons donc un peu de temps.

La difficulté à mettre en place une régulation d'ensemble du coût des produits de santé est déjà traitée de manière structurelle dans ce PLFSS pour 2015. Je pense, madame la ministre, que vous êtes déterminée à aller jusqu'au bout de cette réforme. Je retire donc bien volontiers mon amendement, avec l'accord de Mme Lemorton, qui l'a cosigné.

(L'amendement n° 223 est retiré.)

M. le président. Qu'en est-il de votre amendement n° 643, monsieur Claireaux?

M. Stéphane Claireaux. J'ai bien entendu les arguments de Mme la ministre, mais je ne suis pas à l'origine de cet amendement: c'est pourquoi je le maintiens.

(L'amendement n° 643 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 782.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement rejoint les préoccupations qui viennent d'être exprimées à propos de l'ITR. Il nous permettrait peut-être d'y voir un peu plus clair dans le fonctionnement des ASMR.

Comme l'avaient déjà souligné la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale de 2004 et la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale en 2008, on peut regretter qu'il n'existe toujours pas de liste des médicaments classés par niveau d'ASMR. Le bilan d'activité de la commission de la transparence n'est pas détaillé. Il est donc impossible, à ce jour, de connaître la contribution de chaque catégorie de médicaments, notamment celle des médicaments sans amélioration du service médical rendu, à l'accroissement des remboursements. Dans un but de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR, et afin de mieux préparer la réforme que la ministre appelle de ses vœux, le présent amendement propose qu'une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR soit établie par la HAS.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Certes, monsieur Roumegas, votre proposition est moins « big-banguesque » (*Sourires*)...

M. Dominique Tian. Abracadabranquesque!

M. Olivier Véran, rapporteur. ...que celle relative à la question de l'ITR, mais je propose de ne pas rouvrir notre discussion autour de l'ASMR. La commission a donné un avis défavorable à votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. Monsieur le député, le débat que nous venons d'avoir montre que nous sommes engagés dans une procédure de réévaluation de la façon d'apprécier le service médical rendu par les médicaments et les produits de santé. Votre amendement ne s'inscrit pas dans cette démarche, mais à côté, car c'est dans le cadre du système actuel que vous proposez des aménagements. Au fond, le Gouvernement est engagé dans une démarche plus radicale – ce n'est peut-être pas le mot qui convient –, qui porte un changement plus important.

Je vous demande donc de retirer votre amendement. À défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

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

Mme Jacqueline Fraysse. Je me félicite de ce qui vient d'être dit : nous nous engageons dans une meilleure évaluation ou dans une réévaluation des médicaments. À mon sens, la proposition de M. Roumegas n'est pas contradictoire avec cette démarche...

M. Pierre Morange. Exactement !

Mme Jacqueline Fraysse. ...car le travail engagé pourra tout à fait déboucher sur la liste dont il parle. Je soutiendrai donc cet amendement, s'il est maintenu.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Je remercie Mme Fraysse pour son intervention. Cependant, la démarche de réévaluation dans laquelle nous nous engageons devrait permettre de mieux connaître, même sans que mon amendement soit adopté, la façon dont les médicaments sont remboursés en fonction des ASMR. J'espère en tout cas que cette question fera partie des travaux réalisés par le Gouvernement. Au vu de ce que Mme la ministre vient de déclarer, j'accepte de retirer mon amendement.

(L'amendement n° 782 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 783.

M. Jean-Louis Roumegas. La ministre me répondra sans doute qu'il s'agit d'une démarche parallèle à celle qui est déjà prévue. Mais, après tout, on ne sait pas quand aboutira cette réforme ! En attendant, nous faisons donc une proposition en vue d'améliorer la lisibilité des décisions qui sont prises, sans l'aspect de big-bang dont parlait M. Véran. Nous proposons de modifier l'évaluation du SMR pour y intégrer le critère d'intérêt de santé publique, qui rejoint d'ailleurs un peu la notion d'ITR. À titre provisoire, cela pourrait être une solution.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Monsieur le député, vous proposez d'indiquer dans la loi que l'évaluation du SMR repose sur un critère d'intérêt de santé publique répondant à plusieurs principes.

S'agissant de « l'impact sur l'état de santé de la population » et de la « réponse apportée à un besoin de santé publique », ce critère est satisfait. En effet, lorsque la HAS attribue un SMR, elle prend déjà en compte le caractère préventif d'un médicament ainsi que son intérêt pour la santé publique.

Quant à « l'impact économique sur le système de santé », que vous souhaitez également prendre en compte, il me semble que cette dimension médico-économique relève aujourd'hui davantage de l'ASMR que de la fixation du médicament. Nous revenons donc à la discussion que nous avons eue précédemment sur la refonte du système SMR-ASMR.

Pour toutes ces raisons, je vous propose de retirer votre amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

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

M. Jean-Louis Roumegas. Monsieur le rapporteur, madame la ministre, je crois que vous avez compris notre souci. Compte tenu de vos déclarations et en espérant que ce dossier avancera rapidement, nous acceptons de retirer notre amendement.

(L'amendement n° 783 est retiré.)

Article 42 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 410.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 410, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 168.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit de reprendre, dans la nouvelle rédaction de l'article L. 162-1-17 du code de la Sécurité sociale, une formulation existant déjà dans la version actuelle de cet article.

(L'amendement n° 168, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 585 de M. Olivier Véran est rédactionnel.

(L'amendement n° 585, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n°s 201, 84, 124 et 503, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 201.

M. Jean-Pierre Door. L'article 42 met en place une contractualisation autour d'objectifs d'amélioration de la pertinence des soins et de maîtrise du nombre de prescriptions non pertinentes, pouvant aller jusqu'à la mise sous accord préalable de certains actes. Là encore, on tend davantage le bâton que la carotte.

Nous sommes d'accord sur le fait que les actes délivrés doivent être pertinents. Mais les professionnels de santé doivent pouvoir donner leur avis sur l'élaboration – je ne parle pas des conclusions – du plan régional d'amélioration de la pertinence des soins régional décidé par l'ARS. Il est impératif de prévoir une concertation.

M. le président. Monsieur Door, puis-je considérer que les amendements n°s 84 et 124 ont été défendus ?

M. Jean-Pierre Door. Tout à fait, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 503.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. La commission avait donné un avis favorable à l'amendement n°201 de M. Door ; il était question d'en rediscuter en séance et d'interpeller les services du ministère. Dites-moi si je me trompe, monsieur Door, mais je crois que des négociations et des discussions ont commencé avec le ministère, afin de réfléchir au meilleur système de concertation possible à l'échelle régionale. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA –, dont il était question, regroupe pas moins de 100 personnes, alors qu'il faut privilégier la souplesse dans la concertation au niveau régional, vous en conviendrez. Je vous propose donc d'en reparler lors de la prochaine lecture et, à ce stade, de retirer votre amendement.

M. le président. Quel est votre avis sur les autres amendements présentés par M. Door ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends bien la préoccupation exprimée par M. Door, qui consiste à envoyer un signal aux professionnels de santé afin de les assurer qu'ils sont partie prenante du processus.

M. Jean-Pierre Door. Le processus ne se fait pas contre eux, mais avec eux !

Mme Marisol Touraine, ministre. En effet, monsieur Door, il ne se fait pas contre eux, ni même à côté d'eux, mais avec eux. J'entends bien la préoccupation que vous exprimez. Elle rejoint d'ailleurs l'objectif de la démarche que nous engageons : votre amendement est donc en partie satisfait.

Ceci dit, le dispositif que vous proposez alourdirait très considérablement le système : je n'y suis donc pas favorable. Néanmoins, dans la mesure où je comprends la préoccupation qui est la vôtre, comme l'a dit le rapporteur, je propose que nous élaborions, d'ici la deuxième lecture, une nouvelle rédaction de votre amendement qui permette la mise en place d'un système plus souple, plus réactif, moins lourd. Je vous demande donc de retirer votre amendement n° 201, en prenant l'engagement de retravailler ensemble à une nouvelle rédaction.

M. le président. Quel est votre avis sur les amendements n°s 84 et 124, madame la ministre ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Jean-Pierre Door. L'amendement n° 124 allait dans le même sens. Nous proposons que les professionnels de santé, représentés par les unions régionales de professionnels de santé, ainsi que les conférences régionales des présidents des commissions médicales d'établissement, afin d'associer les praticiens hospitaliers, puissent donner leur avis.

Comme l'a dit le rapporteur et comme vous venez de le confirmer, madame la ministre, nous avons commencé à discuter avec votre cabinet. Il semble que nous allions dans un sens positif. En commission, nous avons obtenu un avis presque favorable – je ne dis pas totalement favorable. Je ne souhaite qu'une chose : que nous puissions rédiger un amendement commun, qui pourrait être déposé par la ministre en deuxième lecture.

M. Denis Jacquat. Excellente idée !

M. Jean-Pierre Door. Je retire donc mes amendements, monsieur le président.

(Les amendements n°s 201, 84 et 124 sont retirés.)

M. le président. Retirez-vous également votre amendement n° 503, monsieur Vercamer ?

M. Francis Vercamer. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 503 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 123.

M. Jean-Pierre Door. Ne l'ai-je pas déjà retiré ?

M. le président. Je ne peux pas retirer vos amendements d'autorité, mon cher collègue ! C'est à vous de me le dire.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est bien dommage que vous ne puissiez pas le faire vous-même, monsieur le président ! *(Sourires.)*

M. Jean-Pierre Door. Vous êtes attentif, monsieur le président, et vous avez raison : nous avons achevé la discussion commune des amendements précédents, et l'amendement n° 123 traite d'un tout autre sujet. Merci à vous aussi, monsieur le rapporteur, de m'avoir fait signe !

Il s'agit de remettre la Haute Autorité de santé en amont du processus, puisque c'est elle qui procède aux évaluations médico-économiques et délivre les avis d'efficacité. L'indépendance de cette institution est reconnue. Nous devons donc faire référence aux référentiels établis par la HAS pour la définition par les ARS de leur plan d'action pluriannuel régional. Là encore, il faut que les ARS s'emparent des décisions de la Haute Autorité de santé.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Monsieur le député, cette disposition traitant de la pertinence des soins a un double niveau de ciblage. Le premier niveau vise un nombre important d'établissements : il s'agit d'un ciblage basé sur des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins. Le second niveau vise un nombre plus restreint d'établissements, qui présentent des écarts importants à la moyenne régionale ou nationale.

En introduisant à l'alinéa 13 la notion de « proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé », et ce dès le premier niveau de ciblage, votre amendement conduirait à réduire de façon considérable la portée de la mesure, notamment sur le volet qualitatif.

En outre, la rédaction de l'amendement supprime le terme « notamment », ce qui restreint encore davantage les critères qui pourraient être retenus dans le ciblage des établissements.

Pour toutes ces raisons, la commission a donné un avis défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 123, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 579 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. Le présent amendement vise à lever toute ambiguïté et à confirmer que le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins couvre également l'aspect relatif à la pertinence du recours à l'hébergement. La question se pose pour un certain nombre d'établissements.

(L'amendement n° 579 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n° 495 rectifié, 54 et 411, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 54 et 411 sont identiques.

La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 495 rectifié.

Mme Claude Greff. L'article 42 vise à promouvoir la pertinence des prescriptions et des actes. L'article L. 162-2 du code de la Sécurité sociale consacrant le principe de liberté de prescription des médecins, les établissements de santé ne disposent d'aucun moyen d'interférer dans la pratique des médecins ni d'encadrer leurs prescriptions.

Afin de permettre au contrat d'amélioration de la pertinence des soins de produire des effets concrets sur l'évolution des prescriptions, il est nécessaire de responsabiliser les médecins libéraux, prescripteurs de soins, en les associant à la réalisation des objectifs du contrat.

De même, afin de conférer une valeur incitative à l'atteinte des objectifs contractuels par les médecins prescripteurs, il est proposé de systématiser, dans le cadre des contrats d'amélioration de la pertinence des soins, les conventions de rémunération sur objectifs de santé publique.

L'article 42 propose que les ARS mettent en place un plan régional annuel de pertinence des soins. Si les établissements ont des résultats différents des moyennes régionales et nationales, ils seront mis sous surveillance *via* un contrat tripartite ARS-AMO-établissement.

La raison pour laquelle je propose de supprimer les sanctions prévues dans le présent article est que l'approche punitive n'est pas la plus appropriée. Il me semble nécessaire de faire un peu de pédagogie auprès des acteurs concernés, c'est-à-dire les médecins dont les actions ont une incidence sur la performance des établissements.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 54.

Mme Valérie Boyer. Par cet amendement, je propose moi aussi de supprimer les sanctions prévues à l'article 42.

En effet, cet article, en ce qu'il permet une sanction en cas de non-atteinte d'objectifs quantitatifs ou de refus de signature du contrat, pourrait conduire les établissements de santé à refuser de dispenser certains actes ou traitements pouvant s'avérer nécessaires à la bonne prise en charge des patients.

Dès lors, les sanctions prévues risquent de faire échec à l'objectif recherché d'amélioration de la pertinence des soins, alors même que les mécanismes prévus aux articles L. 162-22-18 et L. 162-22-7 du code de la Sécurité sociale permettent de sanctionner les soins médicalement non justifiés.

C'est pourquoi je propose de supprimer les sanctions prévues au présent article.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 411.

M. Dominique Tian. Claude Greff et Valérie Boyer l'ont dit, il faut que les médecins libéraux intervenant dans les établissements de santé soient associés à la réalisation des objectifs du contrat. S'ils ne signaient pas le contrat, cela rendrait les choses beaucoup plus difficiles pour l'établissement.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis un peu gêné. Il me semble que Mme Boyer s'est trompée d'amendement. Peu importe, je vais y répondre.

La question soulevée est une vraie bonne question : comment créer de l'émulation autour de l'enjeu de la pertinence des soins auprès des équipes médicales dans les établissements de santé ? La pertinence des soins n'est pas qu'une affaire de relation contractuelle entre un directeur général d'ARS et un directeur général d'établissement. Elle se situe à l'échelle médicale et doit être pensée au niveau de l'équipe, voire du service hospitalier.

En revanche, il est un point sur lequel je ne vous suis pas. Si les médecins libéraux étaient obligés de signer le contrat au sein de l'établissement de santé, ainsi que vous le proposez dans vos amendements, vous les exposez au risque de pénalités, si d'aventure les critères de pertinence n'étaient pas remplis. Je ne suis pas certain que cela corresponde à votre logique que d'exposer les médecins libéraux à des pénalités financières si les critères de pertinence ne sont pas remplis. Je vous invite donc à retirer ces amendements.

Il existe une forme de rémunération sur objectifs de santé pour les médecins libéraux y compris en établissement de santé, nous en avons parlé en commission.

S'agissant de la pertinence à l'échelle médicale, je crois aux vertus de la formation médicale continue, de l'évaluation, de la discussion et de l'interaction entre pairs. C'est davantage à ce niveau qu'on sera efficace plutôt qu'au niveau contractuel.

Avis défavorable, donc.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable également.

(L'amendement n° 495 rectifié n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n° 54 et 411 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 412.

M. Dominique Tian. Dans la continuité des amendements précédents, je propose de compléter l'alinéa 15 de l'article 42 par la phrase suivante : « Lorsque des professionnels de santé libéraux interviennent dans l'établissement de santé, ils sont appelés à la signature dudit contrat. » Cela me paraît tout à fait important.

(L'amendement n° 412, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 502.

M. Francis Vercamer. Le présent amendement prévoit que le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion conclu entre l'ARS et l'établissement de santé comprenne obligatoirement des objectifs chiffrés de développement de chirurgie ambulatoire ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre pluriannuelle.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous avez raison, monsieur le député. La pertinence des soins telle qu'elle est conçue dans le dispositif actuel comporte précisément un volet qui vise à développer davantage la chirurgie ambulatoire. Votre demande dans ce domaine est donc satisfaite par la rédaction du texte. Je vous suggère de retirer votre amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Oui, ces objectifs peuvent être inscrits dans les contrats. Chaque établissement aura des objectifs chiffrés. Votre demande est satisfaite, monsieur le député. À ce titre, je vous demande de retirer votre amendement. Dans le cas contraire, j'émettrais un avis défavorable.

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

M. Francis Vercamer. Oui, monsieur le président.

(L'amendement n° 502 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 64 et 413.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 64.

Mme Valérie Boyer. L'amendement est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 413.

M. Dominique Tian. Défendu.

(Les amendements identiques n°s 64 et 413, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 62 et 414.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 62.

Mme Valérie Boyer. L'amendement vise à supprimer l'alinéa 21 de l'article 42. En effet, cet article, en ce qu'il permet une sanction en cas de non-atteinte des objectifs quantitatifs ou de refus de signature du contrat, pourrait conduire les établissements de santé à refuser de dispenser certains actes ou traitements pouvant s'avérer nécessaires à la bonne prise en charge des patients.

C'est pourquoi je propose de supprimer les sanctions prévues à cet article.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 414.

M. Dominique Tian. Cet amendement est identique. Il vise à supprimer l'alinéa 21 pour éviter les sanctions prévues à l'article 42.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. Les pénalités, qui ne sont pas des sanctions, ne concerneraient que les établissements de santé qui auraient refusé de s'intégrer dans une démarche contractuelle avec l'ARS pour davantage de pertinence des soins.

(Les amendements identiques n°s 62 et 414, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

(L'article 42, amendé, est adopté.)

Après l'article 42

(amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 415, portant article additionnel après l'article 42.

M. Dominique Tian. La réorganisation de l'offre de soins doit constituer une priorité de la stratégie nationale de santé comme l'a indiqué tout à l'heure M. Véran, ainsi que la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2013. Cela suppose de développer la chirurgie ambulatoire, domaine dans lequel la France reste très en retard, et de réduire parallèlement les surcapacités en chirurgie conventionnelle. Il convient de mobiliser et de responsabiliser les directeurs généraux d'ARS sur cet objectif stratégique, ce qui ne veut pas dire qu'il faille construire des hôtels Ibis juste à côté des services de chirurgie ambulatoire. *(Sourires)*.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Si vous aviez été « a-tiantif » ce dont je ne doute pas, aux échanges que nous avons eus sur la pertinence des actes *(Rires)*, vous sauriez qu'il est prévu de développer l'ambulatoire et que votre volonté politique très forte d'accompagner l'ambulatoire, ce qui est très favorablement accueilli de ce côté de l'hémicycle, est pleinement satisfaite par la rédaction de l'article.

Je me demande du reste, monsieur Tian, pourquoi vous n'avez pas voté le dispositif innovant des hôtels hospitaliers. *(Sourires)*.

(L'amendement n° 415, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 170, portant article additionnel après l'article 42.

M. Olivier Véran, rapporteur. Créer de l'émulation autour des équipes médicales sur le principe de plus de pertinence des soins nécessite probablement d'investir dans la formation médicale continue, dans l'interaction entre pairs, etc. Pour une fois, le rapporteur demande un rapport afin de savoir comment encourager le développement de la pertinence des actes à l'hôpital et mieux savoir qui prescrit quoi à l'hôpital ? On a évoqué en commission la limite du système du répertoire partagé des professionnels de santé, RPPS, et le peu de visibilité qu'en a l'assurance maladie. Bref, plusieurs chantiers s'ouvrent à nous.

Mais au moins la question de la pertinence des actes a été inscrite dans l'agenda public par ce Gouvernement, ce dont on peut se féliciter.

(L'amendement n° 170, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Article 43
(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, inscrit sur l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Je tenais, monsieur le président, à dire tout le bien que je pense de cet article – une fois n'est pas coutume –...

Mme Claude Greff. Pour une fois ! Profitez-en ! *(Sourires.)*

M. Jean-Pierre Barbier. ...relatif à l'inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations – LPP. Je me réjouis que vous mettiez en place des contrôles plus stricts pour ce qui concerne les génériques dans le domaine des dispositifs médicaux.

Les laboratoires pouvaient jusqu'à présent inscrire librement des dispositifs médicaux sur la ligne générique de la LPP. Mais en ce cas, il n'y avait aucun contrôle, celui-ci n'étant effectué que si le laboratoire procédait à une inscription en nom de marque.

Permettez-moi, à ce point, de vous adresser un petit avertissement, si je peux me le permettre. Lorsque l'on contraint trop les prix, on pousse aux délocalisations et à la fabrication de ces dispositifs hors de nos frontières. Et dans ce cas, la qualité n'est plus au rendez-vous, pas plus que la conformité.

S'agissant des dispositifs médicaux, la délocalisation est facile. C'est donc une bonne chose que cet article prévoit un contrôle renforcé. Mais pour ce qui est des médicaments, soyons prudents : à trop baisser le prix des génériques, vous risquez de pousser les laboratoires génériqueurs à délocaliser, ce dont risque de pâtir la qualité des génériques, voire la santé publique. Et malheureusement, là, le contrôle sera beaucoup plus complexe.

Mme Claude Greff. Tout à fait.

Mme Valérie Boyer. C'est vrai.

M. Jean-Pierre Barbier. Je tenais à dire tout le bien que je pensais de cet article, tout en invitant à être prudent quant à l'avenir du prix du médicament dans notre pays.

(L'article 43 est adopté.)

Après l'article 43
(amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 807 rectifié, portant article additionnel après l'article 43.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'amendement que je vais vous présenter est un peu technique. Dans le cadre du plan d'action en faveur du développement du marché des médicaments génériques, il s'agit d'élargir le répertoire des groupes génériques de médicaments dont la substance active est d'origine végétale – nous parlons des médicaments à base de plantes.

La possibilité de créer de tels groupes a été introduite à l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, soit à l'automne 2011. Cet amendement permet d'élargir les critères retenus alors pour créer les groupes

génériques de médicaments à base de plantes. Il s'agit notamment d'éviter que le procédé utilisé pour l'extraction des plantes soit un frein à la création de ces groupes.

Par ailleurs, afin de renforcer la sécurité du dispositif, il est ajouté un critère qualitatif afin que la substitution par le pharmacien garantisse le même niveau de qualité du médicament délivré et une forme pharmaceutique identique.

(L'amendement n° 807 rectifié, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. Sur les amendements identiques n° 305 et 447, je suis saisi par le groupe de l'Union des démocrates et indépendants d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 305.

M. Olivier Véran, rapporteur. Cet amendement vise à permettre la substitution des médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, tout en prenant en compte la spécificité de ces médicaments. Ce débat a été ouvert voilà deux ans, lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. Un avis des autorités compétentes nous avait alors incités à attendre avant d'appliquer une telle disposition. Les éléments qui nous sont revenus de l'ANSM ont été pris en compte et les réserves formulées sont désormais levées.

Par ailleurs, les dispositions relatives aux biosimilaires dans le marché du médicament votées dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 ont également permis de faire avancer la question. Je note que les dispositifs génériques de ce type sont déjà très développés dans certains pays, comme l'Allemagne ou la Suisse, où l'Institut suisse des produits thérapeutiques détaille d'ailleurs les conditions d'admission, d'efficacité et d'équivalence pour les préparations à effet bronchodilatateur.

La substitution que cet amendement tend à autoriser ne sera cependant possible qu'en initiation de traitement ou, afin d'assurer la continuité d'un traitement déjà initié. L'ANSM aura la possibilité de créer un groupe spécifique au sein du répertoire des groupes génériques. Un décret devrait alors définir les conditions de substitution en initiation de traitement, ainsi que le suivi de la continuité ultérieure de la dispensation.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 447.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Le sujet a en effet déjà été débattu en 2012 et nous avons vu les autorités sanitaires changer d'avis. Je rappelle que la France n'est pas vraiment innovante dans ce domaine par rapport à l'Allemagne et aux États-Unis.

Le rapporteur a rappelé la distinction entre le principe actif et le mécanisme. À la suite des avancées réalisées l'année dernière dans le domaine des biosimilaires, il devient envisageable d'utiliser les génériques dans le domaine des médicaments inhalés. Le patient qui se verra prescrire un tel dispositif et un générique donné pour un premier traitement – c'est à dire en « primo-prescription » – devra être sûr qu'on

lui délivre toujours ultérieurement le même générique, compte tenu de la double contrainte liée au principe actif et au mécanisme.

Dès lors qu'un Allemand ou un Américain supporte de tels génériques, je ne vois aucune raison pour qu'un Français ne les supporte pas. Nos comptes sociaux s'en trouveraient grandement améliorés.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable. La promotion des génériques est en effet une orientation forte de la politique du Gouvernement en matière de produits de santé avec, pour les génériques comme pour tous les produits de santé, le souci de la sécurité des patients.

Voilà deux ans, rappelant dans cet hémicycle que la spécificité des médicaments inhalés devait être prise en compte et que, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament, toutes les conditions n'étaient pas réunies pour procéder à la substitution, j'avais demandé le retrait des amendements présentés. Le Gouvernement a engagé des négociations en vue de la baisse des prix. Cette baisse est intervenue même si ses résultats sont moins importants qu'escompté.

Si la situation a évolué et si ce qui n'était pas souhaitable voilà deux ans est aujourd'hui possible, c'est d'abord parce que, comme l'a rappelé Mme Lemorton, nous avons adopté l'année dernière une solution pour les biosimilaires, qui encadre l'utilisation des sprays et nous fournit des repères pour l'utilisation des médicaments inhalés.

Par ailleurs, la position de l'Agence nationale de sécurité du médicament elle-même évolué : elle considère désormais que la substitution est possible dès lors que certaines garanties sont apportées. Ces garanties et les conditions de la substitution devront être précisées dans un décret en Conseil d'État.

Enfin, d'autres pays ont adopté la même démarche et leurs habitants ne s'en trouvent pas plus mal sur le plan de la sécurité. Pourquoi ce qui est possible dans certains pays européens ou de l'OCDE ne le serait-il pas en France ? Avis favorable, donc.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous sommes tous favorables à l'élargissement du répertoire, qui est nécessaire si nous voulons que notre système de santé fasse des économies. Tel est du reste le sens de l'article précédent, par lequel vous autorisez le génériquage des produits issus des plantes. Les effets de la mesure proposée par l'amendement ont trois aspects.

Le premier est économique, car cette mesure aura des effets directs sur l'industrie pharmaceutique de notre pays, principalement pour le site d'Évreux, qui emploie 1 000 salariés, et celui de Dunkerque, qui en emploie 450. Ces salariés sont aujourd'hui très inquiets. Si ces produits sont génériqués, les unités de production de notre pays sont en danger, soit 1 500 emplois. Cela mérite que nous nous y réfléchissions un instant.

Le deuxième aspect est celui de la confiance trahie des laboratoires. En effet, ces laboratoires, que je ne citerai pas, s'étaient engagés à baisser leurs prix et l'ont fait, même si c'est encore insuffisant et s'il faut peut-être négocier à nouveau

avec eux. Toujours est-il qu'ils avaient enclenché un mouvement et qu'ils ont le sentiment que leur confiance a été trahie.

Quant au troisième aspect, qui est peut-être le plus important – sans sous-estimer bien sûr l'importance des 1 500 emplois menacés –, c'est celui de la santé publique. Voilà deux articles, vous vouliez introduire des contrôles plus stricts du génériquage de certains dispositifs médicaux afin de garantir la qualité. Dans le cas qui nous intéresse ici, la molécule inhalée, elle, restera toujours la même, mais le dispositif d'inhalation de la poudre sèche sera fabriqué en Chine ou en Inde, ce qui ne garantit plus la même qualité.

La mesure proposée induit donc un risque économique et un risque de santé publique. Pouvez-vous au moins nous indiquer quelle économie elle procurerait ? Sans doute pourrait-on trouver le domaine du générique bien d'autres pistes, moins risquées que celle-ci.

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

M. Christian Hutin. J'ai beaucoup d'admiration et d'estime pour les trois personnes assises au premier rang de notre assemblée.

M. Jean-Pierre Door. C'est nous ?

M. Christian Hutin. Cependant, comme le disait Jaurès, pour bien s'apprécier, il faut parfois se cogner un peu : c'est ce que je vais faire à propos de cet article. De fait, la production industrielle française est en baisse permanente. Or, l'ensemble des produits que nous allons générer aujourd'hui sont produits en France, ce qui représente 1 500 emplois, dont 470 dans ma circonscription, laquelle a déjà perdu Total, est en train de perdre Colas et connaît un taux de chômage très élevé. Il est essentiel de prendre en compte ces aspects dans la réflexion.

Mme Claude Greff. 700 emplois en Indre-et-Loire !

M. Christian Hutin. Madame la ministre, vous avez tout mon soutien pour supprimer les franchises médicales, mais pas sur ces produits ! Peut-être cela fonctionne-t-il bien en Allemagne, mais il s'agit ici de produits fabriqués en France et dont la production emploie 1 500 personnes. Cette évolution est d'autant plus triste qu'en visitant l'année dernière le site de Dunkerque d'Astra Zeneca avec le Président de la République, nous annoncions alors à l'entreprise un projet d'extension d'un montant de plus de 100 millions d'euros, avec la création potentielle de 100 emplois. En termes balistiques, je trouve très inquiétant qu'on me tire une balle dans le pied dans ma circonscription et que ce projet prenne du plomb dans l'aile.

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

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Nos messageries électroniques ont été inondées de mails identiques envoyés par les salariés d'une des entreprises évoquées – celle d'Évreux, que je ne nommerai pas. La crainte des salariés pour leur emploi est légitime, mais je les invite à se tourner plutôt vers leur direction. En effet, ce laboratoire a été condamné par la Chine à la suite d'enquêtes anticorruption et a payé une amende de 297 millions de livres. Une enquête sur les mêmes pratiques est encore en cours au Royaume-Uni et aux États-Unis et nous attendons l'avis de la justice de ces deux pays.

Ce même laboratoire – dont les résultats sont décevants aux États-Unis, avec une baisse des ventes liée notamment à l'arrivée de génériques – a annoncé mercredi qu'il envisageait d'introduire en bourse la contreprise spécialisée dans les traitements du sida, avec à la clé deux *blockbusters* potentiels. Un *blockbuster* représente 1 milliard de dollars la première année. Le laboratoire, qui s'est néanmoins engagé auprès de ses actionnaires à leur verser 5 milliards de dollars, de dividendes est en train de faire pression sur ses salariés pour leur faire peur. Les salariés devraient donc se retourner vers leur direction.

M. Jean-Pierre Barbier. Ce n'est pas le sujet.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Non, monsieur Barbier, je ne suis pas d'accord. Que fait cette direction? Pourquoi n'a-t-elle pas anticipé l'arrivée de ces génériques, alors qu'elle développe des stratégies dans le monde entier pour verser de l'argent à ses actionnaires?

La France n'a pas à payer les stratégies économiques de ce laboratoire, qui perd des parts de marché dans les autres pays. Nous avons des gens à soigner dans notre pays et nous devons faire des économies. Il n'y a donc pas de raison de ne pas lancer en France ces aérosols génériques, avec toutes les conditions de sécurité sanitaire évoquées par les orateurs qui se sont exprimés en ce sens. Leur emploi sera limité à la primo-prescription, car les patients déjà traités avec d'autres aérosols continueront à les utiliser.

M. Jean-Pierre Barbier. Quelle sera l'économie réalisée?

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales. Cet amendement va dans le bon sens pour les patients et pour l'économie de notre pays. Je conseille à nouveau aux salariés d'aller voir leur direction pour qu'elle leur explique toutes ces stratégies.

M. Jean-Pierre Barbier. Cela n'a aucun sens!

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Je m'exprime ici à titre personnel, car j'ignore quelle aurait été la position de mon groupe, qui n'a pas débattu de cet amendement. J'ai moi aussi reçu des mails et je comprends l'inquiétude des salariés, ainsi que les problèmes que le recours aux génériques pourrait poser à cette industrie. Dans la circonscription dont je suis élu, une entreprise qui a dû fermer a été remplacée par un fabricant de génériques: dans ce cas, tout le monde s'en est à peu près sorti par le haut.

Cet amendement, je l'ai déposé voilà deux ans, avant de le retirer à la demande du ministre de la santé, qui évoquait des risques possibles – je ne suis moi-même pas spécialiste de ces questions. J'ai cependant demandé aujourd'hui un scrutin public sur cet amendement, car il est important, compte tenu des pressions que nous subissons, de savoir quelles sont les positions prises par chacun.

Pour ma part, je voterai cet amendement car, en matière de génériques, la France est très en retard par rapport à certains autres pays européens. Si chaque fois qu'un médicament doit passer dans le domaine générique, nous hésitons face à la multiplicité des arguments et des pressions, nous ne rattrapons jamais notre retard.

Nous savons que notre protection sociale affiche un déficit structurel de financement et il nous faut donc avancer. Faire entrer ces spécialités dans le champ des médicaments généri-

ques aura certainement un impact économique, mais celui-ci doit être apprécié au regard de l'impact sur notre protection sociale. J'ai, je le répète, fait le choix de voter cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Avant de prendre des décisions dans cet hémicycle, il conviendrait de réfléchir à l'usage que nous faisons de l'argent public et aux économies que nous pouvons réaliser. Je poserais donc une question très simple: quelle économie cette mesure représentera-t-elle dans le budget par rapport aux 1 500 emplois potentiellement en danger? Pourquoi nous acharnons-nous à casser l'industrie de la recherche pharmaceutique? Nous étions tout à l'heure tous d'accord pour vanter les mérites de la vaccination, en nous félicitant que notre pays soit à l'origine de découvertes vaccinales majeures, et voilà que nous allons fragiliser des entreprises installées sur notre territoire. Dans la période que nous traversons, il faut arrêter la casse. Quasiment tous les génériques étant fabriqués hors de France – principalement en Inde ou en Israël –, ...

M. Jean-Pierre Barbier. Les flacons sont fabriqués en Chine!

Mme Valérie Boyer. ... ce sont des emplois détruits chez nous.

On subit donc une triple peine: on perd les emplois, on perd la recherche et on fragilise l'excellence française.

Il faut arrêter cela et mesurer l'importance des décisions que nous prenons! Or, en l'espèce, nous jouons aux apprentis sorciers pour des raisons purement dogmatiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 305 et 447.

(Il est procédé au scrutin.)

Voici le résultat du scrutin:

Nombre de votants	31
Nombre de suffrages exprimés	29
Majorité absolue	15
Pour l'adoption	21
contre	8

(Les amendements identiques n^{os} 305 et 447 sont adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n^o 272 rectifié.

Mme Bérengère Poletti. La loi n^o 2008-1330 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 a mis en place des référentiels pour les actes en série de kinésithérapie. Cependant, sur le terrain, l'application de cette disposition ne semble pas équitable, notamment pour les libéraux pour qui les contraintes administratives sont importantes. Ceux-ci ont en effet le sentiment que dans les centres de rééducation comme dans les services de soins de suite et de réadaptation – SSR –, cette contrainte ne s'applique pas. Du reste, dans son rapport sur l'évolution des charges et produits, l'assurance maladie note qu'une rééducation en SSR représente un coût de près de 5 000 euros, soit près de six fois plus que la même rééducation en ambulatoire, dont le coût s'élève à 860 euros. Il y a probablement des raisons tenant aux publics accueillis, mais on peut s'interroger sur une mesure qui ne semble pas être appliquée dans les établissements.

J'ai obtenu une réponse intéressante de la part de M. Véran en commission pour cet amendement que j'avais déjà déposé il y a deux ans : en effet, la loi devrait normalement s'appliquer de la même manière aux établissements et aux libéraux. M. Véran m'a proposé de présenter cela d'une manière différente. Je pense donc que nous pourrions découvrir les mécanismes qui font que les situations ne sont pas égalitaires sur le terrain au travers d'un rapport, qui serait remis au Parlement avant le 30 juin 2015, sur l'état d'application des référentiels pour les actes réalisés en série mentionnés à l'article L. 162-1-7 du code de la Sécurité sociale. Ce rapport préciserait également l'ensemble des économies dégagées par l'application de ces référentiels.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Ainsi que vous venez de le dire, madame Poletti, nous avons eu des échanges constructifs en commission. Les actes en série, notamment pour les masseurs-kinésithérapeutes, sont un sujet auquel je suis également sensibilisé. Comme je vous l'avais proposé, j'ai interrogé le Gouvernement à ce sujet et j'ai donc le plaisir de vous annoncer une bonne nouvelle : à la suite de ces échanges, l'avis de la commission est passé au vert. L'avis est donc favorable à cette demande de rapport.

Mme Valérie Boyer. Très bien !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis un peu étonnée ! Le Gouvernement ne veut pas me substituer à la commission, bien entendu, mais pour sa part, l'avis est défavorable. *(Exclamations sur les bancs du groupe UMP.)*

Mme Bérengère Poletti. Pour quelle raison, madame la ministre ?

M. Jean-Pierre Barbier. Du courage, chers collègues de la majorité !

Mme Valérie Boyer. Pourrait-on avoir une explication ?

(L'amendement n° 272 rectifié n'est pas adopté.)

Article 44 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement de suppression n° 416.

Mme Valérie Boyer. Défendu.

(L'amendement n° 416, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n°s 56, 89, 537 et 644.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 56.

Mme Valérie Boyer. Concernant l'amendement qui vient d'être rejeté en dépit d'un avis favorable de la commission, j'aurais aimé que Mme la ministre motive l'avis défavorable du Gouvernement. Sinon, à quoi sert de siéger en commission et de recueillir l'avis de celle-ci, si c'est ensuite pour s'aligner sur un simple avis défavorable ? C'est nier le travail

des députés, d'autant que chacun avait été interrogé et que Bérengère Poletti avait travaillé sur le sujet avec le rapporteur Olivier Véran. J'avoue que je suis surprise !

Pour en revenir à l'article 44, je défends l'amendement n° 56, qui est un peu long et rébarbatif, ce dont je vous prie de m'excuser. En effet, la rédaction proposée par l'article 44 est complexe et potentiellement très contre-productive, concernant l'objectif, partagé par tous, d'une bonne maîtrise médicalisée des produits de santé figurant sur la fameuse liste en sus. Éminemment liée à *case mix* des établissements de santé et à la nature des services qu'ils rendent, ainsi qu'à la proportion de leurs activités de recours, cette nouvelle procédure envisagée comporte trois types de risques, que je vais brièvement rappeler.

Le premier risque, c'est qu'elle pourrait constituer un frein à un accès équitable aux soins et à l'innovation thérapeutique pour les patients, alors que la liste en sus avait été mise en place pour éviter ce travers possible de la tarification à l'activité.

Le deuxième point négatif porte sur la pénalisation des établissements de santé de statut privé non lucratif et de statut commercial ayant des activités d'excellence ou de recours, parfois dans des proportions très supérieures aux autres dans certains domaines d'activité. Je ne vais pas vous lire tout l'exposé sommaire, qui décrit cela excellemment, même si cela en vaudrait la peine.

Le troisième inconvénient est qu'il amplifie un processus de complexification des schémas de tarification, au point de risquer de les rendre illisibles, impossibles à anticiper dans leurs effets, entraînant ainsi un sentiment d'abattement ou de découragement des gestionnaires les plus responsables ou engagés dans le double défi de la qualité de service et de l'équilibre économique.

Pour ces raisons, je vous propose de supprimer cette disposition très complexe, dont la conception est floue dans son périmètre d'application.

M. le président. Merci, madame Boyer.

Mme Valérie Boyer. Si vous me permettez de poursuivre une minute...

M. le président. Le temps de parole est le même pour tout le monde, madame, et votre exposé a largement dépassé les deux minutes. De plus, vos collègues vont présenter des amendements identiques.

Mme Valérie Boyer. J'espère donc qu'ils poursuivront cette explication nécessaire, car cela est très compliqué !

M. le président. Je n'en doute pas !

La parole est à M. Door, pour soutenir l'amendement n° 89.

Mme Claude Greff. Allez Dominique !

M. Jean-Pierre Barbier. Non, lui, c'est Jean-Pierre Door, pas Dominique Dord !

M. Jean-Pierre Door. Ne confondez pas Door et Dord ! *(Sourires.)*

M. le président. J'ai dit « M. Door », pas « Dominique Dord » !

Mme Claude Greff. Non, c'est moi qui ai dit cela, monsieur le président !

M. Jean-Pierre Door. C'est ma collègue qui me confond avec Dominique Dord : il doit avoir des atouts cachés ! (*Sourires.*)

M. le président. Allez-y, cher collègue, le chronomètre tourne !

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le directeur... Monsieur le président, pardon ! (*Rires.*)

M. Denis Jacquat. Il faut suspendre cinq minutes : il n'en peut plus !

M. le président. Reprenons-nous !

M. Jean-Pierre Door. Ce sujet est important, mais je vais le résumer rapidement. La rédaction de l'article 44 est très complexe et potentiellement contre-productive. Nous avons donc souhaité rédiger autrement cet article, qui permet d'apprécier la performance de négociation du comité économique des produits de santé, le CEPS, qui fixe les prix des produits de santé. Le présent amendement vise à privilégier la construction méthodique et partagée d'une politique publique concernant la maîtrise des dépenses de la liste en sus. Nous vous proposons donc une nouvelle rédaction de l'article 44, comme l'a déjà dit Mme Boyer ; mais je ne m'étendrai pas sur la question.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 537.

Mme Claude Greff. La rédaction proposée pour l'article 44 ne nous convient pas parce qu'elle prévoit de minorer le prix des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus au-delà d'un seuil, ce qui aura évidemment une incidence sur les seuls établissements et non sur l'industrie pharmaceutique.

Cela crée trois risques sérieux : premièrement, cela constitue un frein à un accès équitable aux soins et à l'innovation thérapeutique pour les patients. Deuxièmement, cela pénaliserait les établissements de santé de statut privé non lucratif et de statut commercial ayant des activités d'excellence ou de recours. Troisièmement, cela amplifierait un processus de complexification des schémas de tarification... (*Rires sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. Chers collègues, s'il vous plaît ! Il me semble important de se ressaisir !

Mme Claude Greff. ...au point de risquer de les rendre illisibles, impossibles à anticiper dans leurs effets. (*Mêmes mouvements.*)

M. Gérard Sebaoun. Nos collègues de l'opposition sont de bonne humeur !

Mme Claude Greff. On a le droit de rire un peu : c'est tellement triste, tout ce qu'on entend !

Pour cette raison, le présent amendement propose de supprimer cette disposition aussi absconse dans sa conception que floue dans son périmètre, car elle me paraît tout à fait antinomique avec l'objectif premier de la création de la liste en sus : permettre aux équipes médicales de disposer de nouvelles molécules, certes onéreuses, mais innovantes et permettant d'améliorer la survie de patients présentant de lourdes pathologies.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 644.

M. Stéphane Claireaux. Défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. L'article 44, comme me le disait un éminent administrateur de la commission, est petit en taille mais costaud en compréhension : il est donc important de s'y arrêter quelques instants afin de ne pas se méprendre.

Lorsqu'un médicament est particulièrement récent, innovant et onéreux, il peut être prescrit en dehors des groupes homogènes de séjour – ou GHS – hospitaliers, sur ce que l'on appelle la liste en sus. On constate dans un certain nombre de situations que, alors qu'il est possible de prescrire des médicaments disposant d'une AMM – autorisation de mise sur le marché – à l'intérieur du GHS, ce sont des médicaments sur la liste en sus qui sont privilégiés.

Il est par conséquent proposé un mécanisme de vases communicants avec une baisse du remboursement du médicament de la liste en sus et une augmentation en conséquence du remboursement du GHS correspondant au séjour qui a vu prescrire le médicament sur la liste en sus. Le tout a pour objectif, pour les établissements dont on constate qu'ils sont particulièrement friands du recours à des médicaments de la liste en sus, de normaliser les prescriptions et d'inciter progressivement, grâce à ce mécanisme de vases communicants entre les prix du médicament sur la liste en sus et les tarifs du GHS, à prescrire davantage dans le GHS.

Je fais remarquer que l'écart maximal de remboursement constaté entre ces deux cas est de 40 euros : cela ne va donc pas déstabiliser la filière, ni remettre en cause l'accès à l'innovation pour les hôpitaux et encore moins pour les malades. C'est juste un mécanisme de régulation très fin et très progressif permettant de sensibiliser à cette question, tant le poids dans les dépenses de santé des médicaments en liste en sus a pu croître dans certains types d'établissements et pour certains types de prescriptions. L'avis est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. Je ne reviens pas sur la présentation très précise faite par le rapporteur. Nous commençons de manière extrêmement limitée avec deux GHS en oncologie. Il s'agit vraiment de créer un mécanisme d'incitation à recourir au bon médicament, c'est-à-dire au médicament qui a le prix approprié, et de réserver ainsi le recours à certains médicaments extrêmement coûteux à des situations qui le justifient vraiment.

C'est un dispositif complexe, que nous allons mettre en place de façon progressive. Nous commençons de manière limitée, mais cela doit nous permettre de mieux maîtriser l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste en sus.

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

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'un dispositif relativement complexe, qu'il faudra roder et mettre à l'épreuve progressivement. Cela dit, il faut également poser la question de la gestion de la liste en sus. Celle-ci comporte en effet des produits qui ne sont pas innovants mais anciens ; d'autres produits sur cette liste sont plus chers que des produits dont

la commission de la transparence nous dit qu'ils ont une efficacité comparable et qui, eux, sont dans la tarification à l'activité, dite T2A.

Il faut donc en parallèle que le conseil de l'hospitalisation, qui gère la liste en sus, soit plus réactif et fasse le nettoyage nécessaire, y compris lorsqu'on s'aperçoit que certains produits figurant sur la liste en sus ont bénéficié par le passé d'extensions progressives d'AMM qui, si l'on considère l'efficacité de ces produits, sont en fait des AMM de complaisance, je pense par exemple à telle ou telle indication en cancérologie sur telle ou telle catégorie de cancer métastaté.

Voilà ce que je voulais dire, monsieur le président. Je vous avais écrit à ce sujet il y a deux ans, madame la ministre, en incitant à ce que des produits qui n'ont aucune valeur ajoutée par rapport à d'autres produits qui sont en T2A soient retirés de cette liste.

(Les amendements identiques n° 56, 89, 537 et 644 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 318.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

(L'amendement n° 318, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 44, amendé, est adopté.)

Après l'article 44

(amendements précédemment réservés)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas, pour soutenir l'amendement n° 785.

M. Jean-Louis Roumeegas. Dans le droit fil de ce que vient de déclarer notre collègue Gérard Bapt, cet amendement propose de corriger une anomalie, en retirant de la liste en sus les médicaments inscrits en ASMR V ou IV, c'est-à-dire qui n'améliorent pas le service médical rendu.

Une autre des recommandations du Conseil de l'hospitalisation – qui, je le rappelle, ont été approuvées par l'Inspection générale des affaires sociales – était la radiation en fonction des indications de ces médicaments; mais on nous a indiqué en commission que c'était impossible parce que les systèmes d'information ne pouvaient pas gérer les prescriptions suivant les indications. En attendant que cela change, il conviendrait pour le moins de ne plus procéder, à compter du 1^{er} mars 2015, à l'ajout de médicaments de ce type dans la liste en sus.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable. J'ai pris connaissance, comme vous, des recommandations du Conseil de l'hospitalisation, mais je n'en ai pas fait la même lecture.

Il est exact que, pour les produits sans ASMR et sans comparateur, il n'y a pas d'inscription sur la liste en sus; en revanche, les produits sans ASMR mais disposant, eux, d'un comparateur inscrit sur la liste, peuvent donner lieu à tarification sur la liste en sus. C'est une disposition qui résulte justement d'une recommandation du Conseil de l'hospitalisation, aux termes de laquelle l'égalité de traitement doit prévaloir pour les produits comparables.

En conséquence, je vous demande de retirer l'amendement; à défaut, la commission y émettrait un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 785 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 953 rectifié.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de favoriser le recours aux médicaments génériques dans les prescriptions hospitalières.

Si nous voulons développer les génériques, nous devons faire en sorte qu'ils soient prescrits à l'hôpital, lorsque cela est possible. On sait en effet que si un traitement est commencé à l'hôpital avec un médicament de marque, il sera poursuivi en ville avec ce même médicament, et qu'inversement, si c'est un générique qui est prescrit au départ, il le sera aussi en ville.

Pour cette raison, nous proposons des instruments de régulation, qui permettront aux agences régionales de santé et à l'assurance maladie de renforcer les contrats passés avec les établissements de santé pour analyser leurs prescriptions, de façon à favoriser le recours aux génériques.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Si l'on veut favoriser le développement des génériques en France, il existe une solution toute simple, mais qui n'est pas encore appliquée – je ne comprends d'ailleurs pas qu'elle ne le soit pas : la prescription en dénomination commune internationale, la DCI. Si elle était appliquée tant à l'hôpital que dans le secteur libéral, il n'y aurait plus de problème : les gens verraient le même nom sur l'ordonnance et sur la boîte, et ils ne se poseraient plus de questions. Bizarrement, c'est quelque chose que l'on refuse de mettre en place. Je me demande pourquoi !

Cela fait des années que la question est soulevée, et on n'a toujours pas de réponse. Pourtant, cela ne coûterait rien, madame la ministre, et, surtout, cela ne ferait pas perdre d'emplois à la France !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous réponds bien volontiers, monsieur le député : la prescription en DCI doit intervenir à partir du 1^{er} janvier 2015, conformément aux dispositions législatives adoptées en 2011, à l'issue du délai de transition qui avait été accordé.

Elle sera donc généralisée au plus tard au 1^{er} janvier 2015, et je tiens à dire que ce sera un défi pour les professionnels, car il n'y a aujourd'hui que 16 % des prescriptions qui sont formulées en DCI. Il y aura un changement de braquet !

Nous serons cependant attentifs à l'application de ce qui a été voté ici-même il y a maintenant trois ans...

M. Jean-Pierre Barbier. Je n'étais pas là, madame la ministre !

Mme Marisol Touraine, ministre. Peut-être, mais il n'empêche que le Parlement existait déjà, monsieur Barbier (*Sourires*), et la disposition qu'il a votée devra s'appliquer au 1^{er} janvier 2015.

M. Jean-Pierre Barbier. Quatre ans, c'est long !

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

M. Gérard Bapt. Je voudrais abonder dans le sens de Mme la ministre. Vous êtes très volontariste, monsieur Barbier, mais pour le coup, il s'agirait d'un véritable « *big bang* », notamment pour les malades chroniques et les personnes âgées, dont la boîte de médicaments changerait.

M. Jean-Pierre Barbier. Ah ça, dès que l'on touche au prescripteur, ça devient compliqué !

M. Gérard Bapt. Cela étant, la prescription en dénomination commune internationale serait effectivement souhaitable.

Il reste que la mesure proposée par le Gouvernement est nécessaire, et il faut la voter, car l'on sait bien que certains laboratoires donnent gratuitement aux hôpitaux telle ou telle de leurs spécialités, qui tout naturellement se retrouve ensuite à la charge du patient dans les officines.

M. Jean-Pierre Barbier. Ce n'est pas le laboratoire qui est en cause, mais le prescripteur !

(L'amendement n° 953 rectifié est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 609.

M. Olivier Véran, rapporteur. Certains établissements de soins de suite et de réadaptation, dits SSR, actuellement financés sous dotation globale et non par tarification à l'activité, supportent une charge budgétaire spécifique de plus en plus lourde liée aux traitements onéreux, qui concernent principalement la spasticité localisée ou diffuse, le traitement des patients de cancérologie ou d'hématologie – notamment après une greffe de moelle –, le traitement des personnes atteintes du VIH, ainsi que la prise en charge de patients avec des situations cliniques moins stabilisées qu'auparavant et transférés plus précocement du court séjour hospitalier en SSR.

Cela provoque une surcharge financière pour les établissements de SSR publics et privés assurant une mission de service public, à laquelle ne sont pas exposés les établissements privés rémunérés sur l'échelle privée des tarifs – c'est-à-dire ceux qui sont sous objectif quantifié national, OQN. Cela conduit à des situations dommageables soit pour les établissements concernés, avec un budget déficitaire, soit pour les patients présentant ces besoins, en raison de réticences à l'admission et d'un manque de fluidité des parcours.

C'est pourquoi le présent amendement a pour objet le financement des médicaments onéreux pour les établissements de santé qui assurent ces soins de suite et de réadaptation et qui se trouvent actuellement sous dotation globale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demanderai au rapporteur de retirer son amendement.

Si je comprends parfaitement le problème et les enjeux soulevés, nous avons engagé une réforme du financement des SSR, qui permettra de combiner les critères aujourd'hui appliqués de façon différente aux établissements : c'est dans ce cadre que nous trouverons les éléments de réponse aux inquiétudes que, légitimement, vous évoquez.

Aujourd'hui, les soins de suite et de réadaptation sont financés soit, dans le public, par une dotation, soit, dans le privé, par le prix de journée. Demain, nous devons nous orienter vers un mode de financement mixte, qui tienne compte à la fois de l'activité réalisée et des spécificités du secteur.

Nous avons engagé des échanges avec les professionnels, qui font apparaître que quatre blocs de critères pourraient être identifiés : l'activité, les molécules onéreuses, les missions d'intérêt général et les plateaux techniques. C'est en combinant ces éléments que nous pourrions trouver un mécanisme de financement nouveau, qui permettrait de répondre à vos préoccupations. Nous envisageons un déploiement progressif de ces nouveaux modes de financement à partir de 2016 – nous travaillons en tout cas dans ce sens avec les acteurs du secteur.

Au bénéfice de ces explications, je vous demande, monsieur le rapporteur, de bien vouloir retirer votre amendement.

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

M. Jean-Pierre Door. Monsieur Véran, le secteur privé sous OQN participe depuis des années à l'élaboration de la liste en sus. Si le dispositif que vous proposez devait être adopté, il conviendrait de l'étendre à l'ensemble des secteurs et d'inclure les établissements privés sous OQN dans l'expérimentation prévue par l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. La solution globale et à courte échéance présentée par la ministre me donnant toute satisfaction, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 609 est retiré.)

Article 45 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 337.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence, monsieur le président.

(L'amendement n° 337, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 45, amendé, est adopté.)

Après l'article 45 **(amendements précédemment réservés)**

M. le président. La parole est à M. Pierre Morange, pour soutenir l'amendement n° 275.

M. Pierre Morange. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, madame la présidente de la commission des affaires sociales, je tiens tout d'abord à

remercier mes collègues tout à la fois de la majorité et de l'opposition pour leurs références constantes aux travaux de la MECSS, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, ce qui témoigne de la qualité de ses membres, du labeur qu'ils y fournissent et de la composition paritaire qui la caractérise.

M. Denis Jacquat. Mais ses amendements n'aboutissent pas...

M. Pierre Morange. Le présent amendement vise, dans le cadre des travaux que mène actuellement la MECSS sur le thème du transport de patients, et à la suite du rapport remis, à sa demande, en octobre 2012 par la Cour des comptes, à présenter des dispositifs qui permettraient de rationaliser les dépenses publiques en la matière.

Je rappelle que l'enveloppe budgétaire qui y est consacrée est d'environ 4,5 milliards d'euros. La Cour des comptes estime qu'il serait possible de dégager quelque 0,5 milliard d'euros d'économies, notamment en contrôlant les éventuels mécanismes de surfacturation.

Aussi l'objet de cet amendement est-il de rendre obligatoire la géolocalisation des véhicules qui s'y rattachent, à savoir les ambulances, les véhicules sanitaires légers – les VSL — et les taxis, les dispositifs de géolocalisation étant bien évidemment installés à leurs frais.

Mme Bérengère Poletti et M. Denis Jacquat. Très bien !

M. Pierre Morange. La géolocalisation aurait également un autre intérêt : les entreprises de transport pourraient connaître la position exacte de leurs véhicules, et en rationaliser ainsi l'utilisation.

Pour toutes ces raisons, le présent amendement a pour ambition de répondre par un effort de rationalisation à cet élément de surfacturation, que la Cour des comptes évalue à quelque 130 millions d'euros.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Après discussion avec vous, monsieur Morange, cette initiative m'était apparue comme une très bonne mesure qu'il fallait soutenir et j'y avais donné un avis favorable – certes avec réserve. Toutefois, entre-temps, je me suis renseigné, et deux éléments m'incitent à vous demander aujourd'hui de retirer l'amendement : croyez bien que j'en suis désolé.

D'abord, les conclusions de la mission de la MECSS sont attendues pour la fin du mois de novembre : n'anticipons pas ! Certaines missions sont sans incidences sur les prises de décision, mais, pour d'autres, il est préférable d'attendre qu'elles aboutissent avant de décider quoi que ce soit ; c'est le cas ici, je crois.

Ensuite, comme dans d'autres secteurs, il convient d'utiliser autant que possible la voie conventionnelle. Des discussions sont actuellement en cours avec les acteurs du secteur. Privilégions la négociation sociale, si importante pour notre majorité.

M. Dominique Tian. Tu parles !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

L'objectif que vous évoquez, monsieur le député, nous le partageons : la géolocalisation serait une bonne chose. Il y a donc un accord de principe sur la démarche que vous proposez. Mais sommes-nous en mesure de la mettre en œuvre dès aujourd'hui ? La réponse est clairement non. Techniquement, nous ne disposons pas des moyens qui nous permettraient, d'une manière juridiquement sécurisée, d'aller dans cette direction.

Par ailleurs, nous souhaitons pouvoir utiliser la voie conventionnelle pour avancer de façon sécurisée et rapide vers l'objectif qui est le vôtre, et que nous partageons.

Je vous demande par conséquent de bien vouloir retirer l'amendement ; à défaut, j'y émettrais un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. J'avais une question qui concernait plutôt l'article, mais j'ai préféré m'exprimer à l'occasion de l'examen de l'amendement de mon collègue. Dans l'exposé des motifs de l'article, il est dit que « les demandes de conventionnement avec l'assurance maladie pourront désormais être refusées, lorsque le nombre de véhicules de taxis faisant déjà l'objet d'une convention pour le territoire concerné » sera suffisant. Qu'entendez-vous par « territoire » ? C'est ce que je voulais demander. Je pense particulièrement aux territoires ruraux : si les véhicules sont concentrés sur une partie du territoire, et qu'une autre partie n'en compte aucun, est-ce pris en compte ? C'est une simple question à propos de l'organisation. Je comprends tout à fait l'objectif de rationalisation et de maîtrise des dépenses de transport, mais la spécificité du territoire rural est-elle prise en compte ?

M. le président. La parole est à M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Monsieur le rapporteur, madame la ministre, merci des propos tout à fait chaleureux que vous avez tenus à propos des travaux actuellement menés par la MECSS. Je ne veux pas préjuger, bien évidemment, des conclusions qui seront rendues au terme de nos travaux, qui devrait se situer aux alentours de la fin du mois de novembre. Il s'agira à la fois de reproduire les avis de la Cour des comptes, comme je l'ai dit, mais aussi de tenir compte des différentes auditions menées. Et c'est en me fondant sur cela que je me permets de contester, avec la modération nécessaire, le propos que vous teniez.

Il est tout à fait possible de mettre en œuvre de façon opérationnelle une géolocalisation obligatoire dans toutes les entreprises de transport de patients, ambulances et VSL. Cela a d'ailleurs été acté par l'ensemble des représentations syndicales de ces transporteurs de patients. En ce qui concerne les taxis, compte tenu du caractère artisanal de leur activité et même, si dans un certain nombre de cas, il s'agit de faux-nez d'entreprises d'ambulances, en effet, le sujet était, sur un plan strictement syndical, plus tempéré. Par souci d'honnêteté, je me dois de vous le dire, mais le législateur et l'exécutif, puisque vous venez d'exprimer la volonté de celui-ci, doivent poursuivre avec une grande fermeté car, nous le savons, l'absence d'organisation, de gouvernance, de rationalisation, de mécanismes de contrôle – l'assurance maladie en est fort démunie – est éminemment préjudiciable à l'intérêt général.

Dernier point si je puis me permettre, madame la ministre, j'avais déposé un amendement qui n'a pas été retenu car étant considéré comme un cavalier. Je me proposerai de le redéposer dans le cadre du futur projet de loi santé, mais je me permets de saisir l'occasion pour vous poser la question.

Comme le disait notre collègue Barbier, le sujet des transports de patients, entre, d'un côté, la flotte de véhicules que constituent les ambulances et les VSL et, de l'autre, les taxis, en fait, renvoie pour un certain nombre d'autorisations à des autorités différentes : d'un côté le ministère de la santé ; de l'autre le ministère de l'intérieur.

En outre, dans le champ sanitaire, vous le savez comme moi, madame la ministre, monsieur le rapporteur, l'ARS donne l'agrément et la caisse primaire d'assurance maladie donne le conventionnement. Or cette dichotomie, cette absence d'articulation est éminemment préjudiciable à l'optimisation du dispositif, raison pour laquelle, sous le contrôle d'ailleurs de M. le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie et en accord avec le point de vue de nombreux directeurs d'agences régionales de la santé, je crois qu'il serait judicieux qu'une délégation de service puisse être conférée par les ARS aux caisses primaires d'assurance maladie afin qu'elles gèrent le sujet de l'agrément et que les caisses primaires d'assurance maladie puissent, en retour, partager les données qu'elles possèdent au travers du répertoire national de transport. Je me permets de vous saisir officiellement de la question.

Je retire mon amendement.

(L'amendement n° 275 est retiré.)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Puisque vous rouvrirez le débat dans le cadre de la future loi santé, nous y réfléchissons d'ici là. Comme vous le dites, il y a deux tutelles selon la nature des acteurs, le ministère de l'intérieur et le ministère de la santé. C'est donc une réflexion qui est engagée et qui ne concerne pas mon seul ministère. C'est dans la perspective de la loi santé que nous verrons si nous pouvons avancer sur le terrain que vous évoquez.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 417.

M. Dominique Tian. Il est important que les actions relatives à l'efficacité de la prescription de transport en établissement de santé puissent impliquer tout autant les médecins salariés de l'établissement que les médecins qui exercent à titre libéral.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Dominique Tian. Excusez-moi, mais c'est un peu court... Pourquoi les médecins salariés et pas les médecins libéraux ? Au moins une petite réponse de courtoisie...

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je vous réponds, monsieur Tian. Tout d'abord, cela semble quelque peu complexifier le dispositif qui vise quand même à être pragmatique, non de multiplier les acteurs. Ensuite, je vous ferai la même réponse que tout à l'heure à M. Morange, qui l'a parfaitement compris, à propos du rapport attendu pour la fin du mois de novembre...

M. Dominique Tian. « Qui l'a bien compris, lui », en somme ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Je ne me serais pas permis de dire cela, monsieur Tian. Entre vous et nous, il s'est passé tellement de choses que je ne me permettrais pas...

Il y a un rapport qui sera remis à la fin du mois de novembre qui comportera des préconisations et proposera des pistes de réforme. Attendons donc.

C'est pourquoi j'émet un avis défavorable.

(L'amendement n° 417 n'est pas adopté.)

Article 46 **(précédemment réservé)**

(L'article 46 est adopté.)

Article 47 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 313.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 313, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 314.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 314, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 993.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 993, accepté par la commission, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 316 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 316 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n° 319 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 319 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 47, amendé, est adopté.)

Article 48
(précédemment réservé)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements de suppression, n^{os} 420 et 504.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 420.

M. Dominique Tian. Cet article met en place une réserve prudentielle pour les établissements ayant une activité de soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie. Or, les établissements de SSR privés sont tarifés en moyenne 40 % de moins que les établissements publics du même type : 149 euros contre 247 euros. Cette activité se développe à la demande des pouvoirs publics qui attribuent les autorisations. Le secteur privé ne pourra pas supporter une baisse tarifaire avec, de surcroît, une restitution aléatoire.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n^o 504.

M. Francis Vercamer. Il est défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable. Il s'agit là d'étendre le champ de la mise en réserve, qui peut porter à elle seule sur les établissements soumis à la T2A. Il est légitime que tous les établissements qui tirent leurs ressources de l'assurance maladie puissent être traités sur un pied d'égalité.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

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

M. Dominique Tian. Ce n'est pas exactement le même tarif, monsieur le rapporteur : 149 euros contre 247 euros. Une baisse de tarif de 40 % peut fragiliser les établissements. Faisons donc attention !

(Les amendements identiques n^{os} 420 et 504 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 55, 88, 418 et 528.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 55.

Mme Valérie Boyer. Les activités de soins de suite et de réadaptation, ainsi que de psychiatrie, augmentent en fonction de la délivrance d'autorisations nouvelles par les ARS en région, engendrées par les besoins de santé de la population, tout cela étant bien évidemment identifié dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les SROS. Or, en vertu du code de la santé publique, les titulaires d'autorisations disposent d'un délai de trois ans pour la mise en œuvre de celles-ci. La progression d'activité qui en résulte se constate progressivement, et accroît à due proportion le champ de l'OQN, l'objectif quantifié national.

Le présent amendement vise à parfaire la maîtrise de l'OQN fixé pour ces deux activités en distinguant ce qui relève de l'activité liée à de nouvelles autorisations, telles qu'exposées ci-dessus, de l'augmentation d'activité des établissements déjà existants. La mise en réserve prudentielle doit en tenir compte et participer ainsi au suivi de l'activité

de SSR et de psychiatrie en toute objectivité, ce qui permettra par ailleurs de mettre en lumière l'évolution réelle des tarifs dans un souci de transparence.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n^o 88.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 418.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n^o 528.

Mme Claude Greff. Je ne veux pas répéter ce qui a déjà été dit, mais j'ajouterai une précision. Les tarifs des établissements privés de SSR et de psychiatrie sont déjà extrêmement bas, madame la ministre, et bien inférieurs à ceux des établissements publics. Ainsi, les tarifs du prix de journée présentent parfois des écarts de 40 % à 50 % en SSR et de 100 % à 300 % en psychiatrie. C'est considérable ! C'est là une première discrimination tarifaire.

Deuxièmement, la mesure risque d'étouffer une activité qui augmente jour après jour en fonction de besoins avérés et va mettre à mal tous ces établissements. Il est fondamental que soit mis fin à l'inégalité de financement entre le secteur public et le secteur privé afin de promouvoir l'efficacité au lieu de mettre en place des mécanismes punitifs qui frappent les plus vertueux. Je vous l'ai dit en introduisant mon propos sur l'article 36. Je voulais insister sur la nécessaire complémentarité entre les établissements publics et les établissements privés, qui remplissent bien, aussi, une mission de service public.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Il faut garder un système opérationnel et simple. L'OQN est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de l'année en cours. C'est simple, non ? *(Sourires.)* La commission est donc défavorable à ces amendements, parce que l'évaluation tient compte de la dynamique d'activité.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 55, 88, 418 et 528 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques, n^{os} 67, 419, 933 et 934.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n^o 67.

Mme Valérie Boyer. Je profite de l'occasion pour dire qu'il serait quand même intéressant d'avoir des réponses quand on pose des questions. Nous avons posé deux questions tout à l'heure : l'une sur les kinés, l'autre sur cette école des patients dont il est question à Rennes. À cette heure avancée de l'après-midi, il serait bon que nous ayons les réponses à ces questions avant d'achever l'examen de ce texte.

L'amendement n^o 67 concerne la maîtrise OQN pour les établissements SSR et psychiatriques – pour l'augmentation d'activité liée à de nouvelles autorisations, comme pour celle

étant le fait d'établissements existants. Il a pour objet de compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante : « Elle distingue, par activité de soins, d'une part, l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, et d'autre part, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours. »

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 419.

M. Dominique Tian. L'OQN, c'est l'objectif quantifié national, n'est-ce pas, monsieur le rapporteur ? Là, on parle d'autorisations nouvelles données par les ARS dans le cadre des SROS. Évidemment, l'OQN doit être révisé en fonction des autorisations nouvelles.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 933.

Mme Claude Greff. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 934.

M. Jean-Pierre Door. Je compléterai les propos de mes collègues, en indiquant que la mise en réserve prudentielle doit tenir compte de l'activité liée à ces nouvelles autorisations et participer ainsi au suivi de l'activité SSR et psychiatrie en toute objectivité.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable, pour les raisons données tout à l'heure.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

(Les amendements identiques n° 67, 419, 933 et 934 ne sont pas adoptés.)

(L'article 48 est adopté.)

Après l'article 48

(amendements précédemment réservés)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 48.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 421.

M. Dominique Tian. Le rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital et, dans certains cas, ses dysfonctionnements a montré qu'il existait des marges d'efficience dans la gestion des établissements, en particulier dans plusieurs domaines – on reconnaît le style de Pierre Morange dans l'exposé sommaire que je vous lis –, notamment la politique d'achats. De substantielles économies seraient possibles en mutualisant et en externalisant certaines fonctions : blanchisserie, restauration, stérilisation.

Je pense donc que cet amendement sera adopté à l'unanimité.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Monsieur Tian, vous pourriez vous charger seul de la rédaction du PLFSS, tant vos propositions sont satisfaites par le texte !

Le CPOM – contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – comporte déjà un volet portant sur les transformations relatives à l'organisation et la gestion des soins. L'amendement n° 421 est donc satisfait : l'avis de la commission est défavorable.

(L'amendement n° 421, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 560.

Mme Claude Greff. Nous ne devons pas pénaliser des établissements indispensables dans certains territoires, qui sont dynamiques car ils sont les seuls à assurer telle ou telle activité de soins. Nous ne devons pas non plus pénaliser certains établissements spécialisés dans des domaines où la demande de soins est en forte progression : je pense à la cancérologie, au traitement de l'insuffisance rénale, aux dialyses. Le rapport intitulé « Charges et produits » de la CNAMTS – la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – pour l'année 2014 montre que certaines maladies chroniques ont progressé jusqu'à 7 % par an. J'insiste pour ce qui est du cancer : heureusement, cette maladie se soigne de mieux en mieux, et de plus en plus de patients guérissent, mais elle peut aussi devenir une maladie chronique.

Par ailleurs, le coût, la complexité et les difficultés d'application de la mesure prévue à l'article L. 162-22-8-1 du code de la Sécurité sociale ne sont pas évalués établissement par établissement. Ils sont, à mon sens, disproportionnés au regard de l'enjeu. C'est pourquoi je propose, par cet amendement, de supprimer cet article.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis un peu gêné pour vous répondre, madame Greff, parce qu'il y a une petite contradiction dans ce que vous proposez. Si j'ai bien compris son exposé sommaire, votre amendement vise à mettre fin à la dégressivité tarifaire. Malheureusement, il ne fait pas référence au bon article. Le dispositif que vous proposez de supprimer permet au contraire, grâce à des mesures dérogatoires, d'assurer la survie et le développement des hôpitaux dans les zones à faible densité de population, notamment dans les territoires ruraux.

Peut-être souhaitez-vous réellement abroger ce dispositif ? Dans ce cas, je vous laisse la responsabilité de cette proposition. Quoi qu'il en soit, l'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Quelle que soit l'interprétation de cet amendement, l'avis du Gouvernement est défavorable.

(L'amendement n° 560 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 446 et 556.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 446.

Mme Valérie Boyer. Il s'agit d'un amendement assez important. Je me permets de vous rappeler que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a instauré un coefficient prudentiel qui permet de réduire le montant des

tarifs d'hospitalisation des établissements de santé pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, afin de respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie – l'ONDAM.

Lorsque l'ONDAM est respecté grâce à l'application de ce coefficient prudentiel, il est logique que les sommes mises en réserve soient automatiquement rendues aux établissements qui en ont été privés, sans que ce versement soit à la discrétion de l'État. Laisser à l'État la possibilité de ne pas verser aux établissements de santé les montants mis en réserve au titre du coefficient prudentiel, alors même que les objectifs de dépenses ont été respectés, revient à détourner ces sommes de leur objectif exclusif. Il s'agit d'un dispositif asymétrique intolérable ne contribuant pas à la responsabilisation réciproque des parties prenantes.

Hier, nous avons assisté à un *hold-up* sur certaines caisses de congés payés. Évitions, aujourd'hui, de faire de même avec les réserves constituées grâce au coefficient prudentiel. À partir du moment où les objectifs sont respectés, l'État doit rendre les sommes réservées. Ce qui a été voté concernant les caisses de congés payés est absolument scandaleux ! J'espère que nous ne recommencerons pas aujourd'hui : c'est pourquoi je vous demande d'approuver cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 556.

Mme Claude Greff. Défendu.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Je suis un peu perplexe : la rédaction de cet amendement ne correspond pas vraiment à la description qu'en a faite Mme Boyer. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe UMP.*)

Ne voyez là aucune provocation !

Si j'ai bien compris, il s'agit d'un amendement de repli par rapport à un autre amendement qui a été jugé irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution. Tel qu'il est rédigé, cet amendement ne change rien à l'état actuel du droit : il ne modifie pas, au fond, le dispositif. Il maintient la possibilité pour l'État de lever ou non la réserve, car la formule « l'État peut décider de verser aux établissements de santé » reste inchangée. Il est donc satisfait : croyez bien qu'il n'y a là aucune provocation de ma part.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. C'est une coquille. Il faut lire : « l'État doit verser » la réserve aux établissements de santé quand les objectifs sont respectés.

M. Olivier Véran, rapporteur. Dans ce cas votre amendement tombe sous le coup de l'article 40 de la Constitution !

Mme Valérie Boyer. À quoi sert-il de fixer des objectifs à un établissement si, quand il les respecte, on ne lui restitue pas les sommes réservées ? Où est l'incitation ? C'est totalement paradoxal !

M. Olivier Véran, rapporteur. Ce n'est pas le PLFSS qu'il vous faut modifier, madame Boyer, c'est la Constitution !

(*Les amendements identiques n° 446 et 556 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 645.

M. Stéphane Claireaux. Défendu.

(*L'amendement n° 645, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n° 57, 422 et 547.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 57.

Mme Valérie Boyer. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 422.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 547.

Mme Claude Greff. Notre système de santé doit reposer sur des valeurs de transparence, d'équité et de citoyenneté. Je sais que ma collègue Valérie Boyer est tout à fait d'accord avec moi sur ce point.

Ce report est incompréhensible pour deux raisons. Pour les modalités de financement des établissements de santé permettant à l'assurance maladie d'être plus efficace et efficiente dans la réalisation de ses contrôles, bien sûr. Mais aussi pour la mise en œuvre du parcours de soins. Est-ce que ces arguments vous conviennent, monsieur le rapporteur ?

On peut s'interroger sur l'efficacité des ressources allouées au développement du projet FIDES – facturation individuelle des dépenses de santé – dans le cadre du projet Hôpital numérique, pour un montant de 400 millions d'euros. Le Gouvernement disposait d'un délai de quatre ans pour lancer l'expérimentation et la généraliser. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a prévu un nouveau délai de quatre ans pour mettre en œuvre ce projet. Quatre ans plus quatre ans : on n'en finira jamais !

Ce projet avait pourtant pour vocation de rationaliser et de rendre plus transparentes les finances sociales dans notre pays. Le recul du Gouvernement sur ce sujet est incompréhensible. Si vous pouviez nous donner une explication, mes collègues et moi-même en serions ravis.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. En écoutant vos explications, je brûlais d'envie de vous demander ce que vous pensez, à titre personnel, de la facturation au fil de l'eau et de son application aux codes GHS – c'est-à-dire aux différents groupes homogènes de séjour. J'en resterai cependant à l'amendement tel qu'il est rédigé.

Vous proposez d'appliquer plus précocement la facturation au fil de l'eau – appelée FIDES – aux hôpitaux publics. J'ai déjà donné en commission mon opinion sur ce dispositif qui a été voté en 2004 et dont l'application a été repoussée à plusieurs reprises.

Mme Claude Greff. Et vous avez décidé de la repousser à nouveau de quatre ans ! Vous nous faites la leçon, mais vous ne faites pas mieux que nous : vous faites même pire !

M. Olivier Véran, rapporteur. Aujourd'hui, il n'est toujours pas appliqué, à l'exception notable des consultations et actes externes – et les hôpitaux en sont satisfaits.

S'agissant de la facturation des GHS, le dispositif n'est pas entré en vigueur. La dernière loi de financement de la Sécurité sociale a repoussé son application à 2018.

Mme Claude Greff. Vous noyez le poisson !

M. Olivier Véran, rapporteur. L'appliquer dès aujourd'hui serait extrêmement compliqué ; une expérimentation doit démarrer prochainement, pour évaluer la faisabilité de l'application du dispositif FIDES à la facturation des GHS dans les hôpitaux publics. Je suis donc très défavorable à ce que l'on anticipe l'application de ce dispositif.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Dominique Tian. C'est un peu plus compliqué que cela. En principe, les patients doivent sortir de l'hôpital avec une facture. Cette facture prend notamment en compte le tarif journalier de prestation – TJP, aussi appelé TIJ –, c'est-à-dire ce qui reste à payer par le patient. Tout le monde sait que ce TIJ, et donc le reste à charge pour les patients, varie fortement d'un hôpital à l'autre, et ce sans que l'on sache pourquoi, ce qui inquiète beaucoup de gens.

On voit bien que les hôpitaux n'ont aucun intérêt à donner une facture aux patients qui sortent. Pourtant, nous avons voté il y a quelques années une loi qui oblige les hôpitaux comme les cliniques privées à leur en fournir une. Il est très regrettable que cette obligation ne soit pas respectée, et que l'on reporte encore son application. Les directeurs d'hôpitaux ont même dit au Président de la République qu'il était impossible d'appliquer cette disposition ! Il serait pourtant normal, logique, que les patients sachent à quoi correspond le reste à charge qu'on leur demande de régler.

Vous maintenez donc l'opacité, l'*omertà*. Vous poursuivez cette dérive, qui n'est pas acceptable. Nous devons rentrer dans les détails. Deux ou trois problèmes sont posés de manière très nette. Les patients sont en droit de recevoir cette facture !

M. le président. Je vais mettre aux voix ces amendements.

M. Dominique Tian, rapporteur. La ministre pourrait tout de même nous répondre !

M. le président. Le Gouvernement répond s'il le souhaite.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Un article du futur projet de loi de santé portera sur la facturation à la sortie de l'hôpital, pour que les patients sachent exactement ce qu'ils

ont à payer. Nous souhaitons que la transparence soit faite sur les restes à charge pour les patients, qui diffèrent en effet selon les établissements.

Mme Claude Greff. C'est bien ce que nous demandons !

Mme Valérie Boyer. Enfin une réponse !

(Les amendements identiques n^{os} 57, 422 et 547 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 4, 73 et 75, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 4 et 73 sont identiques.

La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n^o 4.

M. Frédéric Lefebvre. À la fin de l'année dernière, le Président de la République a annoncé qu'il entendait rompre avec la politique d'augmentation des impôts, et qu'il engagerait une politique de réduction des dépenses publiques. Un certain nombre d'entre vous se souviennent que j'avais alors dit : « Chiche ! » au Président de la République. J'ai ensuite conformé mes actes à mes paroles en votant pour le plan d'économies présenté par le Premier ministre Manuel Valls, tout en soulignant que ce plan n'allait pas assez loin, et qu'il devait inclure un certain nombre de réformes structurelles.

J'avais d'ailleurs, madame la ministre, salué dans un article les réformes structurelles réalisées dans votre champ de compétences. Avec cet amendement, je veux revenir sur la question du jour de carence. Nombre de mes collègues l'ont déjà fait à plusieurs reprises, notamment Dominique Tian. Cette question ne peut pas être balayée d'un revers de main, madame la ministre, alors qu'il est plus que jamais nécessaire de réduire la dépense publique – on le voit avec la lettre adressée à la France par l'Union européenne. C'est la volonté affichée par le Président de la République, par le Premier ministre, et par sa majorité. Je tenais à rappeler cela à tous les parlementaires ici présents.

Nous ne pouvons pas laisser subsister une inégalité en matière de jours de carence. C'est pourquoi je propose d'appliquer à la fonction publique la règle des trois jours de carence, et de prévoir pour les fonctionnaires des trois fonctions publiques une prise en charge à hauteur de 80 %.

M. Gérard Sebaoun. Un milliard d'euros !

M. Frédéric Lefebvre. Ainsi, les règles seront les mêmes pour tous, et le nombre de jours de carence sera limité. Cela permettrait non seulement de rétablir l'égalité, mais aussi de dégager de nombreuses économies.

Cet alignement permettrait également de balayer les arguments selon lesquels, en réalité, les jours de carence des salariés du privé sont généralement remboursés. Prévoir un taux de prise en charge de 80 % permettrait d'éviter ces difficultés. Je pense qu'il faut, madame la ministre, avoir le courage de remettre ce sujet sur la table.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n^{os} 73 et 75, qui peuvent faire l'objet d'une présentation groupée.

La parole est à M. Gilles Lurton, pour les soutenir.

M. Gilles Lurton. L'amendement n^o 75 est un amendement de repli par rapport à l'amendement n^o 73.

Je souhaite revenir sur la question des jours de carence, qui fait couler beaucoup d'encre depuis plusieurs mois. En 2011, la précédente majorité avait institué un jour de carence, afin de faire converger les règles applicables dans le secteur privé et le secteur public. Cette mesure avait contribué à améliorer la performance du service public, et avait permis de réaliser 60 millions d'euros d'économies au cours de sa première année d'application. L'instauration de trois jours de carence pourrait donc permettre de réaliser au moins 180 millions d'euros d'économies.

Votre majorité, madame la ministre, a décidé de revenir sur cette mesure, alors que le rapport annuel de la Cour des comptes estime à 700 millions d'euros chaque année les mesures complémentaires au gel du point d'indice.

De plus, cette décision d'abrogation est d'autant plus paradoxale que la masse salariale publique, qui s'élève à 23,2 % de la dépense publique totale et représente 13,3 % du PIB, doit impérativement être maîtrisée si notre pays veut respecter les objectifs de réduction du déficit public.

L'amendement n° 75 est un amendement de repli : au cas où vous n'accepteriez pas de revenir aux trois jours de carence, nous vous proposons un jour.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Tout d'abord, en réponse à la dernière remarque de M. Lurton, je rappelle que les trois jours de carence n'ont jamais été instaurés, donc il serait compliqué de les rétablir. Ensuite, vous proposez tantôt un jour, tantôt trois jours de carence. Il est un peu compliqué d'y voir clair car, dans votre camp, les positions ne sont pas précisément arrêtées.

Mme Bérengère Poletti. Si, c'est très clair !

M. Olivier Véran, rapporteur. Vous le savez, 60 % des salariés du privé, notamment dans les grandes entreprises, ont trois jours de carence pris en charge par une assurance spécifique.

M. Jean-Pierre Barbier. Comment font les 40 % restants ?

M. Olivier Véran, rapporteur. La suppression de la journée de carence pour les salariés du public était destinée à rétablir une équité avec les salariés du privé plutôt qu'à leur donner des droits supplémentaires.

M. Jean-Pierre Barbier. Le public peut s'assurer aussi !

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous avons déjà eu ce débat lors de l'examen de la proposition de loi sur le sujet défendue par Mme Poletti. Je peux d'ailleurs reprendre à mon compte certains des termes de son rapport, comme lorsqu'elle dit que la lutte contre l'absentéisme peut passer par d'autres voies que des mesures punitives et que, dans un certain nombre de cas, un management déficient, incohérent ou adressant des injonctions contradictoires peut être responsable de l'absentéisme. On peut aussi agir sur ces facteurs, mais ils ne relèvent pas du domaine de la loi. Vous vous en doutez, l'avis de la commission est défavorable sur l'ensemble des amendements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

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

M. Dominique Tian. On a chaque année le même débat et on continuera de l'avoir. S'il existait des méthodes de management efficaces, cela se saurait ! Au contraire, l'absentéisme dans les hôpitaux et dans la fonction publique territoriale ne cesse de grimper.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Surtout à Marseille !

M. Dominique Tian. Je crois qu'il progresse d'un jour ou un jour et demi par an. C'est une catastrophe absolue, chacun le sait. En outre, vous le savez sans doute, madame la ministre, les directeurs d'hôpitaux publics vous ont demandé solennellement de ne pas supprimer ce jour de carence, estimant que le recours à l'intérim coûtait plus de 80 millions d'euros par an, et encore les chiffres ont probablement explosé depuis.

Monsieur Véran, je veux bien que l'on améliore le management, mais on pourrait peut-être écouter de vrais professionnels issus, comme chacun sait, de l'École des hautes études en santé publique de Rennes, qui forme d'excellents directeurs d'hôpitaux et dont Mme la ministre est très proche.

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous ne parlons pas de la même école !

M. Dominique Tian. Ces directeurs vous demandent de rétablir ce jour de carence.

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

M. Jean-Pierre Door. Le problème du jour de carence dans la fonction publique hospitalière et territoriale vient d'être évoqué. Nous débattons actuellement de l'assurance maladie et du fonctionnement de l'hôpital. Il est vrai que la Fédération hospitalière de France – FHF – réclame à cor et à cri le rétablissement du jour de carence, puisque sa suppression a coûté environ 70 millions d'euros aux hôpitaux.

Mme Claude Greff. Eh oui !

M. Jean-Pierre Door. Parallèlement, il y a vingt-quatre heures je crois, la FHF vous a appelé au secours sur le problème urgent des RTT, qui gênent considérablement le travail des soignants et représentent une dette de près de 400 millions d'euros, compte tenu du nombre d'heures de RTT accumulées depuis des années.

Mme Claude Greff. Très bien !

M. Jean-Pierre Door. L'hôpital est donc confronté à un problème majeur, qui risque de s'accroître si on ne fait rien. Au lieu de chercher des solutions de nature différente, qui s'avèrent inutiles, il suffirait de s'attaquer à ces deux sujets-là, d'autant que les directeurs d'hôpitaux le réclament.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Monsieur le rapporteur, il n'y a aucun problème au sein de l'opposition. Certes, il existe un débat car certains voudraient instaurer trois jours de carence quand, pour ma part, je pense qu'il faudrait commencer par rétablir la journée de carence que nous avons mise en place.

M. Jean-Pierre Barbier. Cela n'a quand même pas été une révolution !

Mme Bérengère Poletti. D'une manière générale, cette mesure avait donné satisfaction, notamment dans les hôpitaux, qui ont constaté une chute du nombre des arrêts courts, sur lesquels elle avait été la plus efficace.

Je voudrais insister sur les injustices importantes qui existent entre le public et le privé en matière de jours de carence, même en tenant compte de la prise en charge par les assurances.

Mme Claude Greff. Bien sûr!

Mme Bérengère Poletti. Il existe en outre des injustices sur un autre sujet que nous avons abordé tout à l'heure, celui du contrôle : les salariés du public ne sont absolument pas contrôlés, notamment en cas d'arrêts courts. D'ailleurs, la suppression de cette journée de carence, décidée dans le cadre du PLF pour 2014, a entraîné une explosion des recours aux arrêts courts dans les hôpitaux et dans les collectivités territoriales.

Mme Elisabeth Pochon. Des chiffres!

Mme Bérengère Poletti. Il y a des abus dans ce domaine, qui ont un impact à la fois sur le plan financier et sur le moral des agents. Il est en effet inadmissible de ne pas contrôler et de ne pas sanctionner des dérapages de ce type. Il faut l'un ou l'autre : soit vous décidez de contrôler et il faut dès lors avancer sur ma proposition de tout à l'heure, soit vous rétablissez le jour de carence pour réguler le recours abusif à ces journées de maladie.

M. Jean-Pierre Barbier. Tout le monde le sait! Il faut lire les rapports!

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

M. Gérard Sebaoun. Nous avons déjà eu ce débat lorsque vous avez présenté votre proposition de loi, madame Poletti, avec d'ailleurs des arguments recevables. J'étais celui qui vous portait la contradiction.

M. Dominique Tian. C'est un jeu de rôles!

M. Gérard Sebaoun. S'agissant du rétablissement du jour de carence, pour que les choses soient parfaitement équilibrées entre public et privé, il faudrait prévoir pour la fonction publique une compensation à hauteur de ce dont bénéficient les salariés du privé puisque, le rapporteur l'a rappelé, 60 % d'entre eux voient leurs jours de carence pris en charge par une assurance.

Mme Bérengère Poletti. On ne peut pas tout avoir, il y a toujours des avantages et des inconvénients!

M. Gérard Sebaoun. Il me semble que selon l'évaluation faite par la ministre de la fonction publique, Mme Lebranchu, le coût éventuel de cette compensation pour les trois fonctions publiques avoisinait un milliard d'euros. Vos arguments sont recevables, vous avez le droit de les défendre et je les admet, mais il faut assumer les conséquences qu'ils auraient sur nos finances publiques.

M. Dominique Tian. La chute est bizarre!

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur.

M. Olivier Véran, rapporteur. Attendez d'avoir des chiffres, des évaluations et des remontées de terrain avant d'affirmer que le nombre d'arrêts de courte durée a augmenté à l'hôpital public en raison de la décision prise par Mme Lebranchu.

Plusieurs députés du groupe UMP. On les a, les chiffres!

Mme Bérengère Poletti. On constate une explosion des arrêts courts!

M. Olivier Véran, rapporteur. Si d'aventure l'augmentation des arrêts courts à l'hôpital public était avérée, personne ne se demande ce qui pourrait expliquer que cela arrive là et pas ailleurs.

Mme Bérengère Poletti. Il n'y a pas qu'à l'hôpital que l'augmentation a été constatée!

Plusieurs députés du groupe UMP. Dans tous les secteurs!

M. Olivier Véran, rapporteur. Le personnel hospitalier est investi dans sa mission, travaille d'arrache-pied, est au service des malades. Cela correspond à une vocation, vu la difficulté du travail à l'hôpital public.

Plusieurs députés du groupe UMP. C'est difficile pour tout le monde!

M. Olivier Véran, rapporteur. Malheureusement, je n'entends jamais l'opposition se poser ces questions.

M. Dominique Tian. Quel corporatisme!

(Les amendements identiques n° 4 et 73 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n° 75 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 171 qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 971.

La parole est à M. Olivier Véran, rapporteur, pour soutenir l'amendement.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement important, sur lequel nous avons fait en commission un travail collectif assez intéressant. Depuis maintenant plus de deux ans sont évoquées des réformes structurelles du système de santé visant à soigner mieux tout en conservant l'objectif de nécessaire maîtrise des dépenses publiques. Parmi les objectifs du Gouvernement figure celui de l'amélioration de la coopération et de la mutualisation entre hôpitaux au sein d'un territoire de santé.

Ce sujet fait l'objet de toutes les attentions de la ministre puisqu'il sera examiné dans le cadre de la future loi de santé. Pour autant, je souhaitais qu'on en débâte en commission dès l'examen du PLFSS, pour tâter un peu le terrain – pardonnez-moi cette expression. Nous avons parlé de la nécessité pour les hôpitaux d'un même territoire de santé d'élaborer un projet médical commun.

On voit bien l'ampleur des ravages provoqués par la concurrence entre des hôpitaux séparés de dix, vingt ou trente kilomètres, au sein d'un même territoire. Ils ont des difficultés – surtout les plus petits d'entre eux – à recruter des médecins, notamment des anesthésistes, des urgentistes, des radiologues. On constate des taux de fuite dans certains services de chirurgie, voire dans des services de médecine, de certains hôpitaux de proximité.

Nous sommes tous convaincus que la mutualisation et une plus grande coopération entre hôpitaux peuvent accroître l'efficacité. À ceux qui parlent de gabegie à l'hôpital public, – discours qui n'est absolument pas le mien ni celui de notre majorité – je réponds qu'il n'est pas possible de demander davantage d'économies et d'efficacité à chaque hôpital pris individuellement car les hôpitaux sont soumis depuis des années à une forte pression financière.

En revanche, il existe un gisement d'efficience dans l'organisation des hôpitaux en réseaux coopératifs et collaboratifs au sein d'un même territoire. Ce sera le principe des groupements hospitaliers de territoire – GHT. Le débat sur le PLFSS a permis de faire avancer les choses de façon constructive.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir le sous-amendement n° 971, à l'amendement n° 171.

M. Francis Vercamer. Je rappelle à nouveau que ce type d'expérimentation, auquel nous ne sommes pas opposés, doit s'inscrire dans une réflexion globale sur la carte hospitalière.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le sujet soulevé par l'amendement du rapporteur est tout à fait important et sera d'ailleurs au cœur du chapitre relatif aux hôpitaux dans la future loi de santé. Il est prévu – la démarche a été qualifiée de très innovante par de nombreux observateurs – des groupements hospitaliers de territoire obligatoires s'appuyant sur un projet médical de territoire, afin de permettre des synergies, des coopérations, des mutualisations.

Il s'agit de définir les besoins de santé sur un territoire et d'y apporter l'offre appropriée, en tout cas dans le domaine hospitalier. Il est prévu que le dispositif se mette immédiatement en place, sans phase d'expérimentation. Aussi, je vous demanderai de retirer votre amendement, monsieur le rapporteur, car il prévoit une expérimentation qui n'aurait pas le temps d'avoir lieu. En effet, si le Parlement vote, comme je l'espère, la concrétisation de ces groupements hospitaliers de territoire dans le cadre de la future loi de santé qui sera débattue au début de l'année prochaine, ces groupements seront d'emblée généralisés. Il y aura des groupements hospitaliers de territoire dans chaque territoire de santé identifié au niveau national.

Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, tout en soulignant l'extrême importance de ce sujet pour la réorganisation de l'offre de soins sur notre territoire. Si l'amendement est retiré, comme je le demande, votre sous-amendement, monsieur Vercamer, n'a plus d'objet. Sinon, je lui aurai donné un avis défavorable. Mais nous avons eu le débat sur la carte hospitalière.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. J'aurais répondu à M. Vercamer que son sous-amendement était satisfait par l'amendement lui-même et par les textes envisagés. Mais je retire mon amendement, comme cela était prévisible.

(L'amendement n° 171 est retiré et le sous-amendement n° 971 tombe.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 121, 402 et 508, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 402 et 508 sont identiques.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 121.

M. Jean-Pierre Door. Je reviens à nouveau aux fondamentaux de l'opposition qui, lorsqu'elle était la majorité avait engagé la convergence tarifaire entre le public et le privé, mesure vivement combattue par la majorité actuelle, qui était

alors l'opposition. Je me souviens que vous étiez au premier rang de cette opposition, madame la ministre. Nous l'avons engagée progressivement il y a un certain nombre d'années et nous espérons qu'elle pourrait être effective en 2016, puis 2018 et même 2020 – nous en avons reculé le terme.

Vous l'avez totalement arrêtée, ce qui est regrettable car il est nécessaire de rapprocher les tarifs entre le privé et le public, non pas pour tous les actes, mais pour certaines catégories d'actes de groupes homogènes de séjours – GHS –, notamment les actes pratiqués communément aussi bien dans le privé que dans le public. D'ailleurs, vous dites vous-mêmes très souvent que la médecine hospitalière marche sur deux pieds, le public et le privé. Je ne pense pas me tromper disant cela, car je vous écoute, madame la ministre, et vous entendez parfois.

Dès lors, je ne comprends pas pourquoi l'on n'avance pas en ce sens, d'autant que des pays étrangers ont engagé ce processus depuis des années. La convergence tarifaire permettrait des économies à l'assurance maladie dans le champ hospitalier, notamment en cas d'actes simples comme l'opération de la cataracte ou de la vésicule biliaire – quelque trois cents à quatre cents pourraient être concernés. Nous vous demandons donc de relancer la convergence tarifaire. Il était normal que nous abordions à nouveau ce sujet car nous y croyons et nous remettrons le processus en marche si nous revenons aux affaires.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 402.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement identique n° 508.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à rétablir la convergence tarifaire. La nature des structures, privée ou publique, ne doit pas être discriminante, madame la ministre, d'autant que les hôpitaux publics remplissent des missions d'intérêt général. On ne voit pas pour quelle raison la tarification serait différente, sauf quand cela se justifie par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs. Mais tous les actes ne sont pas concernés.

La Cour des comptes estime que ce processus pourrait générer des économies substantielles, de l'ordre de 7 milliards d'euros. Voilà pourquoi, à l'heure où vous accablez notre politique familiale, nous proposons de rétablir la convergence tarifaire.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Le mois d'octobre demeure le mois des châtaignes, des marrons et des marronniers.

M. Francis Vercamer. C'est normal, nous examinons le projet de loi de financement de la sécurité sociale !

M. Olivier Véran, rapporteur. En voici un beau : la convergence tarifaire. Vous avez été tellement pressés de la mettre en place que, comme l'a très justement rappelé M. Door, son application a été repoussée de deux ans en deux ans jusqu'en 2020, sans que l'on sache d'ailleurs où vous vous seriez finalement arrêtés !

Vous vous étiez en effet rendu compte, lorsque vous étiez à notre place, de son caractère inapplicable en pratique. Elle ne répond pas aux réalités de terrain, réalités dont nous débattons année après année. Les rappeler ne me pose aucun

problème : elles tiennent à la nature des actes, à la taille des équipes, aux missions d'enseignement et de formation, aux missions de service public...

Tous ces arguments font que la convergence tarifaire a été supprimée. Je pense que nous ne reviendrons pas sur cette notion au cours du quinquennat. La commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. Je reconnais la constance des positions que vous exprimez.

M. Dominique Tian. Comme je reconnais la vôtre !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous avez cette amabilité. Je donne donc, de manière tout à fait constante, un avis défavorable à ces amendements.

(L'amendement n° 121 n'est pas adopté.)

(Les amendements identiques n°s 402 et 508 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Pierre Morange, pour soutenir l'amendement n° 280.

M. Pierre Morange. Cet amendement a en fait pour objet de solliciter de la part du Gouvernement la rédaction d'un rapport permettant l'évaluation du patrimoine hospitalier français, tant dans son volet privé que public.

Il s'inscrit dans le fil des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, menés sous la précédente législature, au cours de laquelle mon *alter ego* Jean Mallot avait déposé un rapport remarquable sur le fonctionnement interne de l'hôpital. Il avait notamment mis en évidence des cas particulièrement sulfureux de dévoiements, de dysfonctionnements et de violations du code des marchés publics dans le cas d'un hôpital de l'ouest francilien. J'observe que ce cas ne fait toujours pas l'objet d'une traduction judiciaire.

Il avait aussi constaté, au grand étonnement des membres de la MECSS, que la direction du Trésor était incapable de nous fournir une évaluation précise dudit patrimoine. Le sujet avait donc été approfondi, à la demande de notre assemblée, qui a commandé un rapport sur cette évaluation patrimoniale.

La surface en a été estimée, c'est rappelé dans l'exposé sommaire de l'amendement, autour de 60 millions de mètres carrés. Cela équivaut presque à la superficie du patrimoine immobilier de l'État. L'évaluation patrimoniale du parc privé des établissements de soins publics français, avoisinerait, sur la base d'une valeur historique, le demi-milliard d'euros.

Parallèlement, nous avons, sous la présidence de Mme Catherine Lemorton, auditionné le président de la sixième chambre de la Cour des comptes, qui nous a présenté l'état des lieux de la dette hospitalière française. Il s'agit d'un des sujets que nous allons traiter au sein de la MECSS, sur une initiative de Jean-Marc Germain qui sera donc assumée par son successeur Gisèle Biémouret.

Si je donne tous ces détails, c'est parce que ce rapport de la Cour des comptes sur la dette hospitalière française nous rappelle qu'elle s'élève à quelque 29,5 milliards d'euros et

qu'elle a triplé au cours des dix dernières années. Le taux de dépendance financière, quant à lui, tangente les 50 %, ce qui condamne donc l'hôpital à la quasi-asphyxie financière.

C'est une bonne raison pour affirmer que la connaissance de ce patrimoine a un caractère stratégique pour sortir du cercle vicieux budgétaire et disposer d'une véritable valorisation.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Nous avons déjà débattu, monsieur Morange, de votre proposition. Je partage avec vous l'idée que l'évaluation du patrimoine hospitalier mérite une attention particulière, surtout en vue de permettre aux hôpitaux de se désendetter.

Vous l'avez rappelé, nous avons auditionné, grâce à la présidente de la commission des affaires sociales, l'auteur du rapport de la Cour des comptes relatif au désendettement des hôpitaux. Ce rapport contenait bien d'autres pistes que la question patrimoniale, nous avons eu l'occasion d'en débattre.

S'agissant de votre amendement, j'ai envie de vous dire que trop de rapport tue le rapport. Les services croulent déjà sous les demandes de rapports et, PLFSS après PLFSS, nous continuons de mettre des pièces dans la machine.

Je vous propose deux choses. La première est de reporter ce débat au projet de loi santé, parce qu'il faut relier cette question du patrimoine immobilier des hôpitaux à la question plus large de l'optimisation du fonctionnement et du patrimoine dans le cadre justement des groupements hospitaliers de territoire dont nous avons parlé tout à l'heure. Et en second lieu, vous devez savoir qu'à partir de 2016, le logiciel Ophélie – outil de pilotage du patrimoine hospitalier pour les établissements de santé, législation - indicateurs - environnement – permettra de publier toutes les données patrimoniales des hôpitaux qui s'y inscriront.

L'année 2016 correspondra à la généralisation de ce logiciel. Nous serons alors, vous et moi, pleinement satisfaits. Et sans rapport.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable pour les raisons qui ont été parfaitement indiquées par le rapporteur.

M. le président. La parole est à M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange. Je remercie le rapporteur de cette réponse, bien que je ne sois pas tout à fait convaincu que le projet de loi santé soit le meilleur des vecteurs pour les mesures que j'ai évoquées. Mais, au-delà de cette discussion sur la forme, concentrons-nous sur le fond.

Il est évident que cette valorisation du parc hospitalier a une importance que personne ne peut contester, parallèlement aux autres éléments qu'il faut réunir pour sortir du carcan budgétaire dans lequel se trouvent nos établissements de soins hospitaliers.

Vous évoquez le logiciel qui sera prochainement mis en service. Imaginez, madame la ministre, que consigne, ou injonction, soit donnée aux directeurs des agences régionales de santé de France et de Navarre de réaliser, conformément aux textes, l'évaluation du parc dont ils sont responsables. Nous aurions ainsi une réponse beaucoup plus précoce que

celle qui est envisagée. J'imagine que ce sera ensuite la démarche qui sera mise en œuvre au moyen de ce logiciel, mais nous pouvons anticiper.

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

M. Dominique Tian. Je ne sais pas combien de temps durera l'examen du projet de loi sur la santé publique : probablement plusieurs mois, au vu de tout ce qui devrait y figurer ! (*Sourires.*) Sauf que je ne vois pas le rapport entre le patrimoine des hôpitaux et un texte sur la santé publique. À moins que vous considériez que les locaux de l'Assistance publique sont insalubres ?

Plaisanterie mise à part, la MECSS, autrement dit Pierre Morange, plutôt classé du côté de l'UMP, et Jean Mallot, plutôt connu pour avoir des idées de gauche, a travaillé sur cette question. Tous les deux, avec l'ensemble des membres de la mission, se sont mis d'accord pour dire que cette évaluation patrimoniale était une bonne chose. Ils n'ont d'ailleurs rien inventé, puisque la Cour des comptes avait fait le même constat.

Quelle est donc la raison logique, madame la ministre, qui vous fait rester sourde aux propos de Pierre Morange ? Tout le monde dit qu'il existe des gisements de productivité, une valorisation possible du patrimoine, des économies à trouver. Si nous faisons bien notre travail, nous nous y mettrions tout de suite. Qu'a à faire le projet de loi de santé publique dans cette histoire ?

Ce doit être vraiment surprenant pour les gens qui nous regardent : certaines décisions se prennent très vite et très bien, comme lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux familles par exemple, mais certainement pas quand il s'agit de bouger un peu sur des questions où le lobby des directeurs peut être menacé, ou alors le personnel hospitalier, ou qui pourraient mener à une convergence...

Pourtant, ces mesures représenteraient des dizaines de millions d'euros d'économies, dans un contexte où les établissements hospitaliers sont gravement déficitaires ! Il y a quelques jours, un rapport de la Cour des comptes est venu nous alerter sur l'état financier dans lequel ils se trouvent. M. le rapporteur a participé à cette audition. Nous avons écouté et vu les chiffres.

S'agissant d'une décision simple, nous ne sommes même pas capables, entre députés présents et qui ont travaillé la question, de nous mettre d'accord. Nous allons renvoyer la prise de décision à une loi sur la santé publique !

Mme Bérengère Poletti. Il a raison.

M. Dominique Tian. Il est quand même hallucinant que le travail parlementaire soit à ce point dévalorisé.

Mme Claude Greff. Et méprisé.

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

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Sans entrer dans le détail de tout ce que vient d'évoquer Dominique Tian, je voudrais saisir cette occasion pour dire que la connaissance patrimoniale du secteur hospitalier est un réel sujet. À l'époque, Jean Mallot et Pierre Morange l'avaient bien identifié.

Je voudrais en évoquer un autre : la connaissance du patrimoine du secteur médico-social et des établissements et services médico-sociaux. Aujourd'hui nous voyons, toujours

dans le cadre de la MECSS, qui travaille actuellement sur les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, que nous n'avons aucune connaissance de ce patrimoine.

Il faudra bien, évidemment, se préoccuper de ces questions. D'ailleurs, plusieurs des personnes que nous avons auditionnées nous ont confirmé qu'elles attendent que nous donnions des signes sur ses sujets. Je profite de cette occasion pour le dire. Nous n'allons pas régler ce problème aujourd'hui, évidemment, mais il nous faudra y revenir. C'est un travail qu'il faudra que nous conduisions.

M. Pierre Morange. Très bien !

(*L'amendement n° 280 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 423.

M. Dominique Tian. Il s'agit d'un nouveau rapport.

(*L'amendement n° 423, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 424.

M. Dominique Tian. Il s'agit d'un nouveau rapport, mais celui-ci serait particulièrement intéressant...

Mme Valérie Fourneyron. Les autres ne l'étaient pas ?

M. Dominique Tian. ...puisqu'il porte sur la réorganisation de l'offre de soins engagée dans les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que sur les gains d'efficacité associés à ces évolutions, en particulier en matière de développement de la chirurgie ambulatoire. Il serait à remettre avant le 1^{er} juin 2015.

Cette proposition ne peut, je pense, que plaire à notre rapporteur. Je voulais essayer de placer les hôtels, aussi, mais bon... (*Sourires.*)

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable. Monsieur Tian, vous pouvez utilement vous reporter au rapport annuel d'activité de notre bien aimée, respectée, vénérée direction générale de l'offre de soins, la DGOS. C'est un document extrêmement utile, qui vous apportera quantité d'informations sur les mesures engagées en termes de réorganisation et de parcours de soins.

Quant à la chirurgie ambulatoire, vous qui en êtes au stade de la demande de rapport, laissez-moi vous informer que nous en sommes au stade de son développement et de sa large diffusion. Nous n'en sommes plus au stade du rapport.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Je trouve que nous évacuons toujours très rapidement le sujet du fonctionnement de l'hôpital dans notre pays. Nous avons pris connaissance du rapport catastrophique de la Cour des comptes concernant l'investissement à l'hôpital. On nous y explique que cet investissement a été beaucoup trop important et qu'aujourd'hui l'hôpital se trouve dans l'incapacité de

rembourser sa dette. Globalement, même le niveau de 1 % d'investissement courant nécessaire au fonctionnement des établissements ne peut plus être assuré.

Comme réponse, on nous propose tout bonnement d'améliorer un peu le contrôle de l'investissement à l'hôpital, en remettant les agences régionales de santé sur le sujet. Mais quand une entreprise a des problèmes d'investissement, elle, elle s'interroge sur son fonctionnement, tout simplement ! Nous disposons de rapports clairs mais nous ne les utilisons pas.

Il faut adopter la démarche d'une entreprise et se demander comment gagner en l'efficacité, en productivité – des gros mots que j'emploie à dessein, pour essayer de réveiller tout le monde. Comment mieux travailler, comment rendre le fonctionnement plus rentable pour pouvoir assurer ces investissements ? Lorsqu'il s'agit de l'hôpital, on refuse de se poser ces questions. Plus personne ne veut en parler. Je trouve que c'est dommage. Tant que nous n'aurons pas abordé le problème du fonctionnement de l'hôpital, j'ai peur que nous courions à l'échec.

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

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 425.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 425, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 144.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 144, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

Article 49 *(précédemment réservé)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 58 et 549.

La parole est à Mme Valérie Boyer, pour soutenir l'amendement n° 58.

Mme Valérie Boyer. Dans un contexte de crise budgétaire grave, cet amendement vise à réduire les dépenses de santé.

En effet, une disposition inéquitable conduit à accroître le reste à charge des patients, en fonction des établissements, directement ou indirectement *via* les organismes complémentaires, pour un montant annuel de près d'un milliard d'euros selon la DGOS.

Mon amendement propose de supprimer la disposition selon laquelle les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif peuvent jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins, autrement dit le ticket modérateur, sur la base des tarifs journaliers de prestations définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non pas sur des tarifs nationaux de prestations issus des GHS – les groupes

homogènes de séjour. En effet, les montants des tarifs journaliers de prestations sont supérieurs aux montants des GHS, ce qui aggrave les dépenses sociales.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 549.

Mme Claude Greff. Nous proposons effectivement d'abroger cette disposition inéquitable et opaque. Nous vivons une crise budgétaire grave, et vous augmentez les dépenses de santé ! Je ne comprends pas. C'est la raison pour laquelle nous proposons cet amendement, qui vise à réduire les dépenses de santé.

(Les amendements identiques n° 58 et 549, repoussés par la commission et le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n° 576.

Mme Claude Greff. Comme Mme la ministre ne semble pas l'entendre, je le répète : notre système de santé doit reposer sur des valeurs de transparence et d'équité.

Du fait d'une modification de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004, seuls les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif peuvent jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais des soins sur la base des tarifs journaliers de prestations définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour. Or l'exclusion des établissements privés n'a aucune justification.

Dans un souci d'équité et de convergence des modalités de financement de l'ensemble des acteurs du système hospitalier, le présent amendement intègre les établissements privés au dispositif prévu au II de l'article 33 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2004.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

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

M. Dominique Tian. Pour la clarté des débats, parce que cela n'a pas été précisé, nous sommes en train de parler de l'aide médicale d'État. Le groupe UMP parlera longuement, lors de l'examen des budgets de l'État qui lui sont consacrés, de l'aide médicale d'État, qui est en train de déraper, comme Mme la ministre le sait, puisque l'on va atteindre les 800 millions d'euros cette année.

Mme Claude Greff. À peu près le budget de la politique familiale !

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Permettez-moi de dire deux mots à ce sujet, puisque j'ai posé une question au gouvernement mardi et que j'ai été très surprise par la réponse qui m'a été faite. Ce n'est pas parce que nous nous inquiétons de la flambée des crédits consacrés à l'AME en France, qui vont atteindre près d'un milliard d'euros, que nous ne sommes pas responsables et que nous n'avons pas le sens de la morale. J'ai été très

choquée par la réponse que j'ai obtenue, qui était accusatrice et ne portait pas sur le fond : ce qu'il faut faire pour arrêter la flambée de ces dépenses.

Vous avez supprimé le ticket d'entrée, qui était à trente euros, mais aussi l'entente préalable, qui était aussi importante.

M. Gérard Sebaoun. Ce sont des soins urgents ! Des vies sont en jeu !

Mme Valérie Boyer. Aujourd'hui, des personnes qui cotisent sont remboursées à 70 % pour des consultations ou moins encore pour des médicaments, et des personnes qui arrivent clandestinement en France sont prises en charge à 100 %. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)* On pourrait essayer de rétablir la décence...

M. Christian Paul. Vous aussi !

Mme Valérie Boyer. ...au moins sur le panier de soins mais aussi sur la façon dont ces personnes sont prises en charge. *(Mêmes mouvements.)*

M. Gérard Sebaoun. Il faut laisser mourir les étrangers devant les hôpitaux, c'est ça ? *(Protestations sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Dominique Tian. Rien à voir !

Mme Valérie Boyer. C'est un problème non seulement de justice sociale par rapport aux personnes qui cotisent...

M. Olivier Véran, rapporteur. Hors sujet !

Mme Valérie Boyer. ...mais aussi d'adhésion à notre système social, et je tenais absolument à le redire. *(Exclamations sur les bancs du groupe SRC.)*

Ces réactions sont scandaleuses ! Ce n'est pas parce que nous nous inquiétons des dépenses publiques que vous êtes dans le camp de la lumière et nous dans le camp de l'ombre. À un moment, ça suffit ! Nous, nous nous inquiétons aussi des assurés qui cotisent. *(Mêmes mouvements.)*

M. Christian Paul. C'est scandaleux ! Le comble de la honte !

M. Dominique Tian. Allez à Calais !

M. le président. Je vous en prie, mes chers collègues. La parole est à Mme Valérie Fourneyron.

Mme Valérie Fourneyron. Les mots ont un sens, madame Boyer. Vous employez les termes de flambée, d'explosion.

Mme Valérie Boyer. Oui. Un milliard, c'est une explosion !

Mme Valérie Fourneyron. Nous vous avons déjà répondu tranquillement dans cette enceinte.

Mme Valérie Boyer. Non, je n'ai pas eu de réponse.

Mme Valérie Fourneyron. Depuis le début de la discussion de ce PLFSS, nous vous avons donné des chiffres très précis pour éviter que vous ne répétiez en boucle ces termes d'explosion ou de flambée. L'aide médicale d'État est, je le répète, avant tout une aide essentielle pour la santé publique dans notre pays.

Mme Valérie Boyer. Vous nous avez déjà menti !

Mme Valérie Fourneyron. Je vous redonne donc les chiffres, pour la deuxième fois dans cette instance. En 2013, le coût de l'AME était de 705 millions d'euros.

M. Dominique Tian. C'est exact !

Mme Valérie Fourneyron. Pour 2014, il est estimé à 715 millions d'euros.

M. Dominique Tian. Non, 744.

Mme Valérie Fourneyron. L'enveloppe de l'AME correspond à 0,15 % de l'ensemble des dépenses de Sécurité sociale.

Restons donc justes et honnêtes dans nos propos et respectons un dispositif essentiel pour l'accès aux soins des personnes les plus en difficulté qui nous fait honneur à tous. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

Mme Claude Greff. Pourquoi les Français ne peuvent-ils pas tous être remboursés à 100 % ?

(L'amendement n° 576 n'est pas adopté.)

(L'article 49 est adopté.)

Article 50

(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Boyer, inscrite sur l'article.

Mme Valérie Boyer. La Cour de cassation, dans sa grande sagesse, a considéré que les patients qui sont victimes d'accidents survenus dans le cadre d'une intervention chirurgicale à visée esthétique pouvaient prétendre à être indemnisés par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Cette décision repose sur l'analyse qu'une intervention chirurgicale à visée esthétique n'en constitue pas moins un acte thérapeutique. Elle permet de protéger la victime d'un accident.

Par cet article, le Gouvernement entend néanmoins soustraire l'ONIAM aux responsabilités qui lui ont été assignées par le juge suprême au seul motif péremptoire que les interventions de chirurgie esthétique sont des actes de confort. Il s'agit ni plus ni moins que de vider de sa substance un arrêt de la Cour de cassation, en violation directe du principe de séparation des pouvoirs consacré par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme.

Je peux comprendre certains arguments, mais là, on expose aussi des personnes à un danger sans les protéger. Même si l'on peut considérer qu'il s'agit de prestations de confort – et ce n'est pas toujours le cas – il convient de protéger ces personnes et de rester dans le cadre de la médecine et de tout ce qui va avec.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Les remarques du syndicat national de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique concernant l'article 50, qui prévoit d'exclure du champ d'indemnisation de l'ONIAM les dommages imputables à des actes de chirurgie esthétique au seul motif qu'ils seraient dépourvus de finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructrice, méritent toute notre attention.

Ce syndicat national condamne cette approche pour trois raisons. D'abord, le dispositif proposé repose sur l'idée moralisatrice que les actes de chirurgie à visée esthétique seraient par nature des actes de confort et que la réparation de leurs dommages ou préjudices ne devrait dès lors, par nature, pas être prise en charge. C'est oublier le caractère fondamentalement thérapeutique de ces actes pour les patients concernés.

Ensuite, ce dispositif est pernicieux car il rompt avec le principe d'universalité qui a prévalu à la création de l'ONIAM en instaurant une inégalité dans la prise en charge du dommage au sein d'un dispositif financé par l'ensemble des cotisants. Enfin, un tel dispositif essaierait de contourner la loi, une décision de la Cour de cassation établissant que les actes de chirurgie esthétique constituent bien des actes de soins.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. L'article 50 pose une question intéressante. Contrairement à ce qu'a décidé la Cour de cassation, il exclut des financements de l'ONIAM des personnes dont l'opération de chirurgie esthétique qu'elles ont décidé de subir se serait mal passée, alors qu'elles pourraient avoir droit à une indemnisation. Par rapport aux comptes de la Sécurité sociale, il est effectivement juste de s'interroger sur le cas des personnes qui prennent de gros risques pour leur propre santé.

On peut imaginer d'autres cas que la chirurgie esthétique. Je pense par exemple aux grands sportifs. Je vous parlais tout à l'heure des indemnités journalières, notamment dans le cadre d'une expérimentation à Bayonne. La caisse de Bayonne consacre la moitié de son enveloppe à des indemnités journalières liées au club de rugby du coin : cela peut soulever des questions ! On peut aussi penser aux gens qui partent en haute montagne par exemple. Pour tous ces cas, c'est la Sécurité sociale qui paie.

Je ne dis pas qu'il faut exclure tous ces gens mais il est tout de même légitime de se poser la question. On pourrait imaginer un système d'assurance, auquel on devrait souscrire si l'on met sa santé en danger et qui pourrait prendre le relais de la Sécurité sociale. Il faut tout de même agir de manière responsable avec sa propre santé.

Je profite donc de cet article pour soulever une question que je me pose depuis pas mal de temps et à laquelle il me paraît intéressant de réfléchir.

M. le président. Nous en venons aux amendements. Je suis saisi de trois amendements identiques, n^{os} 85, 428 et 571, tendant à supprimer l'article 50.

La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, pour soutenir l'amendement n^o 85.

M. Jean-Pierre Barbier. Dans le prolongement de ce qui a été dit par mes collègues, on peut s'interroger sur cette exception faite pour les actes de chirurgie esthétique à visée non réparatrice. Bien sûr, tout cela peut se discuter. Néanmoins, les gens ayant recours à la chirurgie esthétique le souhaitent, font une démarche, dans un secteur encadré, sécurisé, régi par des règles. Pourquoi les exclure de la règle générale ? Je ne le comprends pas bien.

Ce qui me gêne peut-être le plus, c'est qu'à partir du moment où l'on accepte d'exclure une catégorie de patients de l'ONIAM, par dérogation tout de même à une obligation légale, rien ne dit que, demain, on n'exclura pas

telle ou telle autre catégorie. C'est une porte ouverte, et je trouve cela dangereux. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement de suppression.

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

M. Dominique Tian. Cet article est choquant et mes collègues ont tout à fait raison de s'en inquiéter. Alors que la Cour de cassation a considéré que les actes chirurgicaux à visée esthétique constituaient des actes de soin, voilà que l'article 50 les exclut du bénéfice des indemnisations de l'ONIAM. Ce n'est pas tout à fait normal, de répondre à une décision de justice en excluant des gens de l'application de la loi ! Tout cela est assez cavalier et juridiquement un peu faible. Peut-être que la justice a raison, que le recours se justifiait ! Cet article est choquant, il faut le supprimer.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff, pour soutenir l'amendement n^o 571.

Mme Claude Greff. Je souhaite également la suppression de cet article. Il a été décidé d'assujettir à la TVA les actes de médecine et de chirurgie esthétiques sur le seul fondement de leur non-remboursement par l'assurance maladie, et ce alors même qu'ils remplissent une finalité thérapeutique évidente, reconnue par l'assurance maladie elle-même. La Cour de justice de l'Union européenne, dans le cadre d'une question préjudicielle suédoise, vient ainsi de rappeler, le 21 mars dernier, d'abord que les actes de chirurgie et de médecine esthétiques doivent être exonérés de TVA dès lors qu'ils ont une finalité thérapeutique, et surtout que seul le praticien peut apprécier cette finalité. C'est radicalement contraire à votre position qui tend sans cesse à s'affranchir de l'appréciation du praticien dans la détermination de la finalité thérapeutique.

On marche sur la tête ! On est en train de considérer que les praticiens ne sont plus des hommes et des femmes responsables. Cela est terriblement dangereux et c'est pourquoi je souhaite que l'on supprime cet article.

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

M. Olivier Véran, rapporteur. Votre rapporteur est un peu déprimé. Je viens de relire le compte rendu de la commission, pour être sûr de ne pas avoir de trouble de la mémoire. En effet, nous avions pris le temps en commission de débattre de ces mêmes amendements, une vingtaine de minutes, et le débat se terminait ainsi : « Monsieur le rapporteur, je suis convaincu par votre argumentaire et je retire mon amendement. » Et voilà qu'en séance, les mêmes personnes déposent les mêmes amendements qu'elles défendent de la même façon ! Mon pouvoir de conviction n'a pas duré bien longtemps.

M. Jean-Pierre Barbier. Cela vous arrive aussi, de changer de position entre la commission et l'hémicycle !

M. Olivier Véran, rapporteur. Blague à part, je vais reprendre rapidement mon argumentation. En qualifiant les soins esthétiques d'actes entrant dans le champ d'indemnisation de l'ONIAM, la Cour de cassation n'a clairement pas respecté l'intention du législateur. C'est ce que l'article 60 du présent PLFSS a pour objet de corriger. Il ne paraît pas juste qu'il y ait une indemnisation par le biais de la solidarité nationale pour des actes, même graves, qui ne relèvent pas d'une démarche thérapeutique mais d'une démarche esthétique au sens propre du terme. Vous m'aviez, madame Poletti, ou alors Mme Le Callennec, demandé en commission si le cas de la chirurgie réparatrice de reconstruction

entraîné dans cette restriction. Absolument pas ! Il s'agit évidemment d'un acte thérapeutique reconnu comme tel et donnant lieu à indemnisation par l'ONIAM.

La loi a prévu que la prise en charge par l'ONIAM était assurée lorsque le taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique était supérieur à 25 %. Il n'est pas question ici d'une telle situation. D'ailleurs, les victimes et leurs ayants droit continuent de disposer des voies de recours commun, notamment la couverture responsabilité civile professionnelle du praticien concerné, et auront également accès aux commissions de conciliation de l'ONIAM. C'est pour toutes ces raisons que, comme en commission, je suis défavorable à ces amendements.

(Les amendements identiques n^{os} 85, 428 et 571, repoussés par le Gouvernement, ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Olivier Véran, pour soutenir l'amendement n^o 278 rectifié.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel.

(L'amendement n^o 278 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 50, amendé, est adopté.)

Article 51 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, sur l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. L'article 51 a trait aux produits dérivés du sang et à leur mise en conformité avec le droit européen. J'ai lu cet article et je sais, monsieur le rapporteur, que nous avons la même sensibilité s'agissant de ces produits, parce qu'ils sont importants dans l'arsenal thérapeutique, mais également parce que nous sommes attachés en France au don du sang gratuit et aux produits qui peuvent en dériver. La perspective d'une mise en conformité de notre législation avec le droit européen ne laisse pas d'inquiéter, de crainte de voir le système du don gratuit à la française remis en cause. J'aimerais, monsieur le rapporteur, que vous nous apportiez des précisions sur ce point.

Par ailleurs, même si cela n'est pas en lien direct, j'aimerais avoir des nouvelles du LFB. Que se passe-t-il entre l'Établissement français du sang et le LFB ? Les turbulences de ces derniers mois sont-elles en voie d'amélioration ou le LFB se trouve-t-il toujours en difficulté aujourd'hui ? En effet, dans les produits plasma dérivés du sang, le prix entre en ligne de compte et, partant, un certain aspect concurrentiel avec nos voisins européens. Pourriez-vous nous apporter quelques précisions sur ces deux points, monsieur le rapporteur ?

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 172.

M. Olivier Véran, rapporteur. C'est un amendement de précision. J'en profite pour répondre à M. Barbier, qui a soulevé une question importante. La question du don de sang éthique à la française, mais que d'autres pays pratiquent aussi, a été abordée lors d'un précédent PLFSS et lors d'une loi DDADUE dans le domaine de la santé. Un dispositif fiscal particulier a été voté pour encourager les industries à procéder à partir de fractionnement de plasma récolté dans

des conditions éthiques pour fabriquer des médicaments. Nous avons également voté la création d'un label éthique destiné aux produits de sang. Comme je vous l'ai dit en commission, cela suit son cours.

Il est question ici de mettre en conformité le droit français au regard d'une décision de la Cour de justice européenne, après sollicitation par le Conseil d'État, lui-même sollicité par un laboratoire suisse au titre de la reconnaissance comme médicament et non plus comme produit sanguin labile d'un plasma transformé, le plasma traité au solvant-détergent pour le rendre viro-inactivé. Ce n'est pas de gaieté de cœur que nous reconnaissons le plasma solvant-détergent comme un médicament, mais poussés par les décisions de la Cour de justice.

Rassurez-vous, une mission est en cours sur la filière du sang et une démarche a été entreprise très tôt, au niveau à la fois de l'Établissement français du sang et du LFB, de façon à mener une réflexion sur la filière plasma afin d'assurer l'auto-suffisance aux patients français en plasma thérapeutique et de ne pas déstabiliser la filière du sang de façon générale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est favorable. Monsieur Barbier, les difficultés qui existaient entre l'EFS et le LFB sont en voie d'apaisement.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Cette réponse m'interpelle, parce que j'ai l'impression tout à fait contraire dans mon département. En ce moment, en effet, on nous explique qu'on ferme des centres de prélèvement à cause du manque de moyens de l'EFS, qui n'arrivent plus dans les territoires. Cela va mettre en difficulté les donneurs de sang dans le département des Ardennes, qui sont pourtant plutôt généreux, en les obligeant à parcourir cinquante ou cent kilomètres, avec les frais correspondants, pour rejoindre un centre de prélèvement. J'ai donc plutôt l'impression que l'EFS rencontre de vraies difficultés, et qu'en proposant de baisser le prix du plasma, l'article va accroître ses problèmes budgétaires. J'aimerais avoir votre avis sur ce sujet, madame la ministre.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je crois, madame Poletti, que nous ne parlons pas de la même chose. M. Barbier m'a interrogée sur les relations entre l'EFS et le LFB, deux établissements relevant de la sphère publique. Ces relations, qui ont été conflictuelles, sont en voie de résolution. Ce à quoi vous faites allusion, c'est à la décision de la Cour de justice européenne qui pèse sur l'organisation territoriale de l'EFS. Ce n'est pas la même chose.

Mme Bérengère Poletti. C'est vrai.

Mme Marisol Touraine, ministre. Effectivement, l'EFS doit redéfinir son maillage territorial et les premiers changements sont un peu difficiles à gérer. Nous faisons l'hypothèse que nous allons parvenir à surmonter ces difficultés d'organisation, mais le processus qui résulte de la décision de la Cour de justice européenne est encore en cours.

(L'amendement n^o 172 est adopté.)

(L'article 51, amendé, est adopté.)

Article 52
(précédemment réservé)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, inscrit sur l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet article nous a interpellés. Sans vouloir anticiper sur le débat que nous aurons sur les allocations, et même si le parallèle est un peu risqué, il me semble malheureusement que c'est un peu la même chose. Jusqu'à présent, toute personne bénéficiant d'un salaire cotisait pour un capital décès. Après le décès, le conjoint survivant touchait un capital décès en rapport avec le salaire du défunt. Or, vous proposez dans cet article de forfaitiser le capital décès. Aussi, quel que soit le montant des cotisations de chacun, tout le monde touchera la même chose, à savoir un SMIC.

Nous comprenons tout à fait que ce soit une bonne chose pour ceux qui cotisaient en dessous du SMIC et qui percevaient moins. En revanche, reconnaissez que dire aux gens qui cotisent en fonction d'un salaire supérieur que le contrat est rompu et qu'ils n'auront qu'une somme forfaitaire basée sur le SMIC, c'est profondément choquant. Nous l'avons déjà dit pour les allocations familiales, et il en est de même sur ce sujet qui peut paraître anodin : lorsqu'on cotise, il faut que ce que l'on perçoit soit en rapport avec sa cotisation, surtout dans le cas présent où il s'agit d'un capital. Vous retirez un avantage aux cotisants, et cela me fait l'effet d'une spoliation.

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

M. Dominique Tian. Je partage tout à fait le point de vue de Jean-Pierre Barbier, et le président Accoyer aussi, qui a dû rentrer en circonscription. Il faut supprimer l'article 52, qui réforme l'assurance décès en forfaitisant son montant afin de favoriser, selon le Gouvernement, les assurés les plus fragiles. En effet, ce n'est pas du tout le cas. Alors que le capital décès accordé par les régimes d'assurance maladie du conjoint était souvent calculé en fonction du revenu du défunt, il est proposé ici qu'il soit désormais fixé forfaitairement par rapport au SMIC. Le montant bénéficiant au conjoint serait donc plus faible que dans le droit actuel. Cette mesure est faussement présentée comme une mesure d'équité, ce qui est tout à fait scandaleux. En réalité, elle se traduit par une économie de 160 millions d'euros pour les caisses de Sécurité sociale, qui se fera sur le dos d'un certain nombre de conjoints survivants. Pour faire une réforme équitable, il aurait fallu procéder à une réelle redistribution.

Cet article est pervers, car il va diminuer le montant d'un certain nombre de pensions. En outre, sa présentation même est extraordinairement néfaste, puisque l'on y prétend donner plus et être plus généreux, alors que c'est le contraire. C'est pourquoi le président Accoyer et moi-même tenions à intervenir sur cet article 52, afin d'en demander la suppression.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 126, tendant à supprimer l'article 52. La parole est à M. Lurton pour le soutenir.

M. Gilles Lurton. Il est défendu. J'aimerais tout de même avoir quelques précisions sur votre proposition de forfaitisation du capital décès, madame la ministre. Prenons l'exemple d'une personne qui a voulu cotiser dans ce but : on lui a généralement proposé différents montants de cotisation. Plus le montant qu'elle aura choisi est élevé, plus important sera le capital décès perçu par le conjoint ou les héritiers. Si elle

cotise depuis plusieurs années, quelle sera sa situation, quand elle se retrouvera du jour au lendemain face à la forfaitisation du capital décès ? Conservera-t-elle les droits pour lesquels elle a déjà cotisé ou le vote de cet article modifiera-t-il tout de fond en comble ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cet amendement de suppression ?

M. Olivier Véran, rapporteur. Avis défavorable. La forfaitisation du capital décès est une mesure d'actualisation des droits, et une mesure de justice. Jusqu'ici, l'assurance maladie pouvait verser entre 375 euros et 9 400 euros. Cet article va instaurer une situation bien plus équitable puisque chacun percevra la même somme, c'est-à-dire trois mois de SMIC. Cela veut dire que ceux qui avaient un salaire en dessous du SMIC bénéficieront pleinement de ce dispositif, et que ceux qui avaient des revenus supérieurs participeront à l'effort collectif pour plus de justice sociale et d'équité. Je rappelle qu'il ne s'agit pas d'une prestation mais d'une aide au financement des obsèques, qui n'a pas à varier en fonction des revenus des personnes de leur vivant. Cela me paraît du bon sens. La situation était inéquitable. Cet article rétablit l'équité. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian. Sûrement pas !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable, mais je voudrais apporter plusieurs précisions. J'ai perçu dans le propos de M. Lurton une confusion entre les deux dispositifs existants. L'un, public, celui dont nous parlons, s'applique à des personnes en activité, en invalidité ou au chômage, qui décèdent alors qu'elles sont donc encore dans la sphère du travail. Ce dispositif ouvre droit à un type de prestation d'aide sociale. L'autre dispositif, privé, auquel vous faites allusion monsieur Lurton, est celui des contrats privés par lesquels les personnes organisent la prise en charge de leurs obsèques. Cela n'a strictement rien à voir. Ces contrats ne seront pas touchés.

L'article 52 porte donc sur une prestation versée par l'assurance maladie à la famille d'un défunt qui faisait partie de la population active. Une fois à la retraite, on n'a plus droit à cette prestation. Les personnes qui décèdent après leur départ en retraite ne sont donc pas concernées. Aujourd'hui, la famille des personnes décédées alors qu'elles étaient au chômage ou en invalidité, donc avec des revenus extrêmement bas, perçoit une aide de l'ordre de 350 euros ; demain, elles percevront l'équivalent de trois SMIC, soit 3 500 euros, alors que le coût moyen des obsèques est de 3 000 euros. J'insiste sur le fait qu'il ne faut pas confondre ce dispositif avec des assurances privées ou des contrats privés organisant les obsèques, auxquels on pourra toujours adhérer indépendamment de tout dispositif de la Sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier.

M. Jean-Pierre Barbier. Je peux bien évidemment entendre les arguments de Mme la ministre, qui ne relèvent pour moi pas de la justice mais de la solidarité pour les personnes les plus défavorisées, qui ont, lors d'un décès, de grandes difficultés à assumer les frais d'obsèques. Nous en connaissons tous. Je signale que les entreprises de pompes funèbres ont une assurance spécifique qui permet la prise en charge des obsèques en ce cas. Mais je suis très gêné quand j'entends parler de justice en ce domaine.

Mme Martine Pinville. Non, on parle d'équité !

M. Jean-Pierre Barbier. Aujourd'hui, dans le système du régime obligatoire du capital décès, le capital est constitué en fonction de cotisations indexées sur le salaire. Il semble tout de même juste, puisqu'on parle de justice, que le capital versé soit en rapport avec les cotisations. Mais pour vous, madame la ministre, monsieur le rapporteur, la justice, c'est l'égalité... après un nivellement par le bas! Comme vous n'arrivez à faire en sorte que ceux qui ont peu aient un peu plus, vous faites en sorte que ceux qui ont un peu plus aient un peu moins!

En outre, vous affirmez que ce dispositif doit servir à payer les obsèques, mais ce n'est pas écrit dans le texte. Quand un décès touche une famille, c'est dramatique, quelle que soit la famille. Quant à moi, je ne fais pas de différence entre ceux qui gagnent un peu plus ou un peu moins: c'est toujours dramatique.

M. Olivier Véran, rapporteur. Personne ne parle de jugement! Qu'insinuez-vous? C'est scandaleux!

M. Jean-Pierre Barbier. Je ne vois pas pour quel motif quelqu'un qui a cotisé toute sa vie en fonction de son salaire serait spolié du capital décès auquel il avait droit.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, puis nous passerons au vote.

M. Denis Jacquat. Mme la ministre a parfaitement expliqué qu'il existe plusieurs systèmes d'aide, dont le dispositif de « l'aide aux indigents », même si je n'ai jamais aimé cette expression. Mais dans le cas des personnes les plus précaires, la situation est toujours extrêmement difficile. De par mon expérience dans des fonctions antérieures, je me souviens très bien de personnes sans moyens, pour lesquelles le décès était un drame humain et les obsèques un drame financier. Très souvent, elles vont au bureau d'aide sociale ou au centre communal d'aide sociale pour demander une aide.

Je reconnais que j'ai été un peu surpris de voir cette mesure introduite dans le cadre du PLFSS. Maintenant que la question est posée, il faudrait aussi penser, madame la ministre, à une articulation avec les services locaux d'aide sociale afin qu'il y ait une rationalisation, une mutualisation et surtout une information rapide des familles concernées.

(L'amendement n° 126 n'est pas adopté.)

(L'article 52 est adopté.)

Article 53 **(précédemment réservé)**

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur, inscrite sur l'article.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens constituent un outil qui facilite l'évolution des modes d'organisation et de gouvernance au centre des systèmes décisionnaires vis-à-vis des établissements sociaux et médico-sociaux. Je l'ai déjà évoqué lors de la discussion générale, et je répète que nous devons être attentifs à la phase qui va s'ouvrir de renouvellement de ces contrats. Les contrats de deuxième génération vont permettre de travailler sur l'innovation, le développement, la promotion et l'organisation du secteur social et médico-social, en particulier à travers des conventions entre les acteurs impliqués dans le parcours des personnes. J'attire à nouveau l'attention sur le fait que cette approche est importante car elle devrait

permettre de transformer et d'améliorer l'offre d'accueil dans les années à venir, dans le cadre d'une programmation pluriannuelle.

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 648.

M. Stéphane Claireaux. Le cinquième alinéa de cet article vise à donner une base légale au transfert de charges relevant aujourd'hui des organismes d'assurance maladie sur la contribution de solidarité pour l'autonomie, au détriment par conséquent de la compensation versée aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap. C'est la raison pour laquelle il est proposé de supprimer ce paragraphe.

M. le président. La parole est à Mme Martine Pinville, rapporteure de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social, pour donner l'avis de la commission.

Mme Martine Pinville, rapporteure de la commission des affaires sociales. La commission a émis un avis défavorable car cet alinéa prévoit une mesure de clarification.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis. Cet alinéa introduit un élément de clarification qui ne change rien au fond.

(L'amendement n° 648 n'est pas adopté.)

(L'article 53 est adopté.)

Après l'article 53 **(amendements précédemment réservés)**

M. le président. La parole est à M. Stéphane Claireaux, pour soutenir l'amendement n° 652.

M. Stéphane Claireaux. Cet amendement vise à maîtriser la masse salariale dans le secteur social et médico-social. Celle-ci représente 70 % du budget des établissements et 80 % de celui des services. En outre, il vise à accorder une primauté aux articles du code de l'action sociale et des familles relatifs aux crédits limitatifs des financeurs publics, afin, d'une part, de mettre fin aux divergences soulignées par les juridictions de la tarification entre ces derniers articles et l'article L. 314-6 sur la procédure d'agrément des conventions collectives, ce qui entraîne de coûteuses condamnations pour les financeurs, et, d'autre part, de responsabiliser les partenaires sociaux et les organismes gestionnaires, qui ne devraient plus proposer des évolutions non soutenables financièrement.

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

Mme Martine Pinville, rapporteure. Il est défavorable. J'avoue que cet amendement nous est apparu extrêmement complexe, et sa rédaction peu claire. Il prévoit notamment de supprimer la commission nationale d'agrément au profit du conseil national d'évaluation des normes... Bref, il est un peu fouillis, et nous ne pouvons l'accepter.

M. Christian Hutin. Cassé! *(Sourires.)*

M. Dominique Tian. En tout cas, c'est dur!

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable, en précisant que le dispositif actuel d'agrément que l'amendement propose de modifier constitue un levier de régulation, y compris financière, qui produit des effets en termes d'organisation.

(L'amendement n° 652 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 302.

M. Francis Vercamer. Christian Hutin et moi-même avons mené une mission d'information sur les caisses d'allocations familiales, et un certain nombre d'amendements que nous avons déposés ensemble n'ont malheureusement pas passé le cap de la recevabilité financière. Mais celui-ci, comme le n° 303, qui viendra plus tard et qui est un amendement de repli, a été déclaré recevable.

Ces deux amendements concernent les conditions de calcul de l'allocation adultes handicapés, l'AAH. Les CAF ont vu leurs activités et leur nombre d'allocataires augmenter de 20 % entre 1997 et 2013, dont 6,1 % sur les cinq dernières années. En outre, leur travail a été extrêmement compliqué du fait qu'en plus de traiter les dossiers des allocataires de la branche famille, elles avaient aussi à assurer un certain nombre de missions pour le compte de tiers, comme la gestion de l'AAH, du RSA, de l'aide personnalisée au logement ou de l'allocation logement social, toutes activités qui n'ont pas vraiment de rapport avec les CAF. Elles ont donc une charge de travail extrêmement importante.

L'amendement n° 302 vise donc à simplifier la gestion de l'AAH, qui est complexe puisque les revenus sont analysés trimestriellement. L'annualisation de la vérification des ressources des allocataires ne coûterait pas plus cher, au contraire : simplifiant la gestion de l'AAH, elle diminuerait les frais afférents. Elle aurait en outre l'avantage de réduire le nombre des indus générés par la trimestrialisation. Ce dernier point est important, la Cour des comptes ayant pointé l'importance des indus produits par les CAF.

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

Mme Martine Pinville, rapporteure. Il est défavorable. L'évaluation trimestrielle permet d'adapter plus finement la gestion de l'AAH aux modifications qui peuvent affecter la situation de l'allocataire.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est un avis défavorable. Cette déclaration trimestrielle ne concerne que les allocataires exerçant une activité professionnelle autre que le travail en milieu protégé. La vérification des ressources des autres allocataires reste annuelle. Les personnes concernées par la trimestrialisation représentent 8,8 % des allocataires de l'AAH, et un suivi régulier de leurs revenus nous paraît justifié.

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

M. Christian Hutin. Il faut se féliciter que le Parlement puisse ainsi débattre d'une proposition issue du travail d'une mission parlementaire, dont le rapport a obtenu l'assentiment général de la commission des affaires sociales.

Cet amendement traduit une demande de la quasi-totalité des associations que nous avons rencontrées, qu'il s'agisse des associations familiales ou des associations de travailleurs handicapés. Eux qui ont déjà tant de mal à faire reconnaître

leur handicap, voilà qu'ils doivent encore recommencer tous les trois mois une procédure fastidieuse sous prétexte qu'ils ont un peu travaillé !

Son objectif est aussi d'alléger la charge de travail des CAF, qui ont déjà beaucoup de travail, ne serait-ce que pour gérer le RSA – elles ont fait preuve dans ce domaine d'une efficacité remarquable. Les modifications du régime des allocations familiales que nous avons votées tout à l'heure vont d'ailleurs encore accroître cette charge de travail.

Il offre enfin l'occasion de prendre en compte la spécificité du handicap, en permettant à ces allocataires de rester tranquilles pendant un an, quitte à reconsidérer leur situation en cas de problème.

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

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Sans contester l'intérêt d'une vérification trimestrielle des droits des personnes en cause, je voudrais appeler votre attention sur le poids de ces vérifications incessantes, non seulement pour les CAF, mais également pour les maisons départementales des personnes handicapées. Pourtant, même sans cela, les équipes qui animent ces structures seraient tout à fait à même, quand un cas leur paraîtrait douteux, de vérifier auprès de la personne la réalité de ses droits.

Nous devons par ailleurs être attentifs à la difficulté pour les personnes en situation de handicap de venir s'expliquer régulièrement sur leur situation, et être capables d'assouplir les procédures pour les adapter à la spécificité de ces situations.

M. le président. La parole est à Mme Joëlle Huillier.

Mme Joëlle Huillier. Je comprends que les bénéficiaires de l'AAH qui travaillent de façon régulière soient embêtés d'être obligés de justifier de leurs ressources tous les trois mois. En revanche, cette trimestrialisation est une garantie pour les personnes qui ne travaillent que par intermittence, en milieu protégé, voire en milieu ordinaire quand elles sont en voie d'insertion dans le marché du travail. Le montant de l'AAH variant en fonction des ressources professionnelles, ces personnes devraient attendre plusieurs mois avant que leur allocation ne soit réévaluée.

Il serait peut-être possible de maintenir la fréquence annuelle du contrôle, sauf dans les cas où une modification de l'activité serait signalée.

(L'amendement n° 302 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Lefebvre, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, pour soutenir l'amendement n° 47 rectifié.

M. Dominique Lefebvre, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire. La commission des finances s'est autorisée à présenter un amendement portant sur le régime fiscal des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, les EHPAD, à l'initiative de Monique Rabin et avec l'avis de sagesse de votre rapporteur pour avis.

La complexité du régime de TVA applicable aux EHPAD a suscité de nombreux travaux et a notamment fait l'objet d'une étude de la mission d'évaluation et de contrôle en 2006. Les prestations de ces établissements sont soumises à

des régimes différents de TVA suivant, soit le statut, public, privé ou associatif, de l'établissement, soit la nature de leurs prestations : les prestations de soins sont exonérées de TVA, à la différence des prestations d'hébergement.

Cette complexité est source de contestations par les services fiscaux des affectations comptables réalisées par les EHPAD, en matière de calcul du chiffre d'affaires soumis à la TVA comme en matière de taxe sur les salaires.

Cet amendement ne fait que soulever la question, en demandant qu'elle fasse l'objet d'un rapport. Le sujet est bien connu et nous ne sommes pas convaincus qu'un rapport suffira à résoudre un problème qui a déjà été abondamment traité sans trouver de solution encore, mais notre avis de sagesse nous offre l'occasion de demander au Gouvernement de préciser sa position sur ce point, qui entraîne des problèmes très concrets pour les EHPAD.

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

Mme Martine Pinville, rapporteure. Cet amendement a été examiné dans le cadre de l'article 88. J'ai émis un avis favorable, compte tenu des précisions apportées par M. Lefebvre.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est vrai que le sujet de la fiscalité applicable aux EHPAD est assez complexe. Il a été encore récemment débattu dans cet hémicycle lors de l'examen du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Vous suggérez d'étudier la possibilité d'appliquer un taux réduit de TVA aux prestations des EHPAD. Si une telle solution devait être envisagée, *a fortiori* adoptée, sa place serait en PLF plutôt qu'en PLFSS, puisqu'il s'agit d'une mesure fiscale.

Mais si vous considérez qu'un nouveau rapport permettrait de faire progresser la réflexion, je m'en remets bien volontiers à la sagesse de votre assemblée.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. On peut une fois de plus regretter qu'en vertu de l'application de l'article 88, nous ayons à débattre d'un amendement que nous n'avons pas pu examiner. En effet, sur le fond, cet amendement est extrêmement intéressant, au point qu'il pourrait figurer dans le deuxième volet législatif de l'adaptation de la société au vieillissement dont on nous a dit qu'il nous serait soumis quand il y aurait à nouveau de l'argent dans les caisses de l'État.

Je voudrais cependant appeler votre attention sur le fait que la fiscalité applicable aux EHPAD, quels que soit leur statut et les prestations en cause, devrait être la plus basse possible.

En effet, le prix de journée pratiqué par les EHPAD étant appelé, malgré la faiblesse de la rémunération des personnels, à augmenter plus rapidement que le montant des pensions de retraite, le reste à charge acquitté par les familles sera de plus en plus élevé. Or de plus en plus souvent les familles françaises, déjà confrontées à des difficultés financières, doivent assumer les problèmes de quatre générations, entre la perte d'autonomie des parents, le chômage des enfants et les études des petits-enfants. C'est une question à traiter donc dans le cadre de l'adaptation de la société au vieillissement.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Cette idée de rapport est intéressante, mais pourquoi préjuger ainsi d'emblée de ses conclusions ? La question de la fiscalité applicable aux EHPAD est un sujet en soi, et la solution que vous évoquez, monsieur le rapporteur pour avis, est une piste parmi d'autres.

Il est vrai qu'il serait bon d'unifier le régime fiscal des EHPAD. On peut même imaginer que cette question fasse l'objet d'un suivi dans le rapport budgétaire dédié à ces sujets.

(L'amendement n° 47 rectifié est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur, pour soutenir l'amendement n° 173 rectifié de la commission des affaires sociales.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement demande au Gouvernement un rapport d'évaluation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus depuis 2008 avec les établissements et services du secteur social et médico-social. Première étape dans l'évolution des systèmes de tarification, ces contrats ont permis de remplacer les prix de journée par une dotation globale de financement et offrent une souplesse de gestion nouvelle, dans un cadre qui court sur cinq ans qui permet aux gestionnaires de structures sociales ou médico-sociales d'appréhender un exercice budgétaire sans la contrainte du maintien de la réalisation d'une activité qui, de plus en plus souvent, est fixée à un niveau très élevé par les autorités de tarification, sans tenir compte des parcours des personnes accueillies.

Au moment où l'exigence de respect des parcours individuels est devenue une antienne, le rapport demandé par cet amendement permettrait aux gestionnaires des établissements d'entamer un dialogue de gestion constructif.

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

Mme Martine Pinville, rapporteure. Favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Sagesse.

(L'amendement n° 173 rectifié est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 303.

M. Francis Vercamer. Je le retire, monsieur le président.

(L'amendement n° 303 est retiré.)

Article 54 **(précédemment réservé)**

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

Mme Jacqueline Fraysse. Cette intervention pourrait aussi bien concerner l'article 55.

Avec un taux d'évolution fixé à 2,1 %, en vue de réaliser 3,2 milliards d'économies dès 2015, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie connaît sa plus faible progression depuis près de dix ans. Je vous accorde qu'il faut veiller à l'efficacité des dépenses publiques en matière de santé, comme d'ailleurs en tout autre domaine. Il est notamment

urgent de réduire les déficits des établissements publics de santé, dont la dette s'élevait, fin 2012, à plus de 29 milliards. Mais avec un ONDAM aussi contraint, on peut se demander comment les hôpitaux seront en mesure de se désendetter sans appauvrir l'offre de soins. En effet, la situation se traduit déjà par des fermetures de service, des réductions de personnel, l'accroissement des déserts médicaux et des inégalités d'accès aux soins que nous déplorons tous.

Le virage ambulatoire, comme vous l'appellez, est sans aucun doute un élément clé de la modernisation de l'offre de soins, à condition d'être bien ciblé et organisé, de manière à ne pas porter atteinte à la qualité des soins et à la surveillance des patients. Les 34 millions d'aide à l'investissement annoncés pour 2015 seront-ils suffisants ? Par ailleurs, gardez-vous que cette aide sera maintenue pour les années suivantes ? S'il n'y a que 34 millions en tout et pour tout, nous doutons que cela suffise.

Quant aux regroupements hospitaliers territoriaux que vous recommandez, notamment pour réduire les coûts des fonctions support, c'est une stratégie qui a été initiée par le précédent gouvernement dans le cadre de la loi HPST, sans succès probant, pour permettre aux hôpitaux de réussir le double pari du désendettement et de la modernité. N'y a-t-il pas d'autres sources d'économies et de recettes nouvelles, telles que, par exemple, la modulation de la tarification à l'activité, ou alors une plus grande ambition pour récupérer la fraude aux cotisations sociales ?

(L'article 54 est adopté.)

Article 55 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, sur l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet article définit les « sous-ONDAM ». Je répète, après ma motion de renvoi en commission et afin de prendre date, que vous avez fixé un ONDAM à 2,2 % pour la médecine de ville et à 2 % pour l'hôpital, nous laissant croire que l'effort fourni par l'hôpital serait le plus important. Or c'est un ONDAM en trompe-l'œil puisque les traitements contre l'hépatite C, qui seront prescrits par l'hôpital, seront prélevés sur l'enveloppe de ville. Je tiens à le réaffirmer ce soir car, fin 2015, lorsque l'on dressera le bilan de l'application du PLFSS, je n'ai pas envie d'entendre que les comptes de la médecine de ville ont dérivé et qu'elle est responsable du déficit.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas le sujet !

(L'article 55 est adopté.)

Assurance vieillesse

M. le président. Nous abordons les dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse.

Article 56 *(précédemment réservé)*

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Barbier, inscrit sur l'article.

M. Michel Issindou, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* Il est infatigable !

M. Jean-Pierre Barbier. Mais cette fois, c'est pour dire du bien ! *(Sourires.)*

M. Michel Issindou, *rapporteur.* Ah !

M. Jean-Pierre Barbier. De fait, les dispositions proposées en faveur des harkis et de leurs enfants sont de bonnes mesures. Ce problème a en effet beaucoup trop duré. Je voudrais saluer l'avancée permise par le projet de loi, très importante et extrêmement bienvenue s'agissant de personnes qui, pour certaines, ont donné leur vie pour la France. Cela étant dit, je souhaiterais juste savoir si l'on a une idée du coût du dispositif.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Nous allons peut-être nous retrouver unanimes autour de cet article qui a vocation à reconnaître l'engagement des harkis au service de notre pays ! En 1962, les anciens harkis et autres formations de statut civil de droit local, ainsi que leurs familles, ont été rapatriés et hébergés dans des camps militaires de transit. Ces camps, qui devaient satisfaire des besoins temporaires, ont perduré : ces personnes y ont vécu pendant plusieurs années, pour certaines d'entre elles jusqu'en 1975.

Les dispositions de l'article 56 s'inscrivent dans le cadre du volet « réparation » du plan national d'action en faveur des harkis et de leurs familles, qui a été présenté par le Premier ministre le 25 septembre 2014. Elles visent à permettre aux enfants de racheter un maximum de quatre trimestres, correspondant aux périodes passées dans ces camps, afin de leur permettre de compléter leurs droits à retraite. Le coût est faible pour le budget, car on estime à 2 500 le nombre de personnes pouvant bénéficier de ce droit. Afin de faciliter le rachat des trimestres, il est prévu une réduction forfaitaire d'un montant correspondant au rachat, pris en charge par l'État. M. le rapporteur nous apportera sans doute des précisions sur le montant exact de cette dépense.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. L'unanimité est plus que probable. Je profite de cette occasion pour revenir sur la question des vieux *chibanis*, au sujet desquels l'Assemblée nationale a beaucoup travaillé. Je pense en particulier à la mission d'information présidée par Denis Jacquat sur les immigrés âgés, dont les propositions ont été adoptées à l'unanimité. J'appelle à nouveau de mes vœux la rédaction d'une proposition de loi reprenant l'ensemble des propositions intelligentes et, j'insiste, unanimes de cette mission d'information.

Par ailleurs, n'oubliez pas, madame la ministre, que l'administration rechigne à publier le décret d'application d'une loi de la République, celle du 23 février 2005 portant reconnaissance de la nation et contribution nationale en faveur des Français rapatriés, qui aborde la question des *chibanis*.

M. Denis Jacquat, *rapporteur.* Adoptée à l'unanimité !

M. le président. Nous passons à l'examen des amendements. La parole est à M. Michel Issindou, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse, pour soutenir l'amendement n° 464.

M. Michel Issindou, rapporteur de la commission des affaires sociales. C'est un amendement de précision.

(L'amendement n° 464, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Michel Issindou, pour soutenir l'amendement n° 465.

M. Michel Issindou, rapporteur. Il est rédactionnel.

(L'amendement n° 465, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 56, amendé, est adopté.)

Après l'article 56
(amendements précédemment réservés)

M. le président. Je suis saisi de plusieurs amendements portant article additionnel après l'article 56. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 524.

M. Arnaud Richard. Il est défendu.

(L'amendement n° 524, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 526.

M. Arnaud Richard. Il est défendu.

(L'amendement n° 526, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n° 31.

M. Frédéric Lefebvre. Madame la ministre, le dispositif du volontariat international en entreprise permet à de jeunes Français d'effectuer, en partenariat avec Ubifrance, une mission d'ordre scientifique, commercial ou technique en entreprise à l'étranger : 2 000 à 3 000 jeunes sont concernés chaque année, principalement aux États-Unis, en Chine et au Royaume-Uni, et près des deux tiers des entreprises d'accueil sont des PME.

Or la loi, en l'occurrence l'article L. 122-15 du code du service national, n'est pas appliquée. Aux termes de cet article, « le temps du service accompli au titre du volontariat civil, d'une durée au moins égale à six mois, est assimilé à une période d'assurance pour l'ouverture et le calcul des droits à la retraite. » Pourtant, dans les faits, la CFE, la caisse de sécurité sociale des Français de l'étranger, refuse de prendre en compte les demandes d'adhésion.

J'ai eu connaissance, dans ma circonscription, du cas d'une personne de 26 ans, diplômée en 2012, qui a travaillé un an en alternance pour acquérir une spécialisation en droit pénal des affaires avant de partir en Allemagne, et qui s'est vu refuser son acceptation par la Caisse des Français de l'étranger.

Cet amendement important a donc pour objet de clarifier la législation, afin de donner tout simplement leur plein effet aux dispositions de la loi.

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

M. Michel Issindou, rapporteur. Monsieur Lefebvre, votre question est tout à fait pertinente. Le volontariat international en entreprise se développe. Beaucoup de jeunes vivent cette expérience très formatrice à l'étranger. Certes, la commission a repoussé votre amendement, mais il a obtenu très récemment satisfaction car la CNAV vient de préciser, par une circulaire du 9 octobre, les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse de tous ces jeunes. Elle a indiqué très clairement que c'était le premier emploi, juste après le VIE, qui permettait l'affiliation au régime de base de l'assurance vieillesse. Monsieur Lefebvre, la question étant réglée, je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, je me verrais contraint d'émettre un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre.

M. Frédéric Lefebvre. Comme le demande le rapporteur, je retire cet amendement, puisqu'il m'assure que le problème est réglé. Néanmoins, madame la ministre, je demande qu'un rappel à la loi soit adressé à la Caisse des Français de l'étranger. C'est la seule chose que je demande. Je vois que vous acquiescez et vous en remercie.

(L'amendement n° 31 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre, pour soutenir l'amendement n° 5.

M. Frédéric Lefebvre. Cet amendement concerne un autre cas de rupture d'égalité. Il s'agit en l'occurrence d'une différence de traitement entre les Français résidant sur le territoire national et les Français établis hors de France s'agissant du versement des pensions de retraite.

L'article 83 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 impose notamment aux Français résidant hors de France de fournir annuellement à la CNAV un justificatif d'existence visé par les autorités françaises, dans le délai d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite. Dans les faits, les ruptures de versement sont fréquentes dans la mesure où le délai d'un mois s'avère trop court dans de nombreux pays.

Certes, des efforts ont été engagés et il existe des tolérances administratives, mais pas toujours. Plusieurs personnes sont venues me voir dans ma permanence, notamment à Montréal, pour m'expliquer qu'elles se sont vu interrompre leurs pensions de retraite.

Par ailleurs, les certificats doivent être délivrés dans le pays de résidence. Or il arrive que des retraités, mettant à profit leurs vacances en France pour faire établir leur certificat, essuient un refus sur le territoire national et de ce fait perdent le bénéfice de leur pension.

Le présent amendement vise à corriger ces iniquités qui recèlent une grande importance pour ces retraités, dans la mesure où ils subissent très injustement l'interruption du versement de leur pension.

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

M. Michel Issindou, rapporteur. La commission connaît bien le sujet. Nous avons abordé cette question à de nombreuses reprises au cours des années précédentes. Nous

avons d'ailleurs assoupli les procédures puisque la périodicité des certificats de vie à produire est à présent annuelle, ce qui constitue une simplification considérable.

En revanche, la commission a repoussé votre amendement car elle est réservée sur l'idée de conférer aux autorités locales la possibilité d'établir le justificatif d'existence, y compris en langue étrangère. En effet, cela complexifierait sensiblement le travail des caisses de retraite et surtout cela ouvrirait la voie à une fraude potentielle. Il ne s'agit évidemment pas de suspecter tout le monde : je vois déjà l'oreille de M. Tian frémir ! (*Sourires*).

Il me paraît toutefois utile qu'une fois l'an, les choses soient faites correctement. Il n'est pas aujourd'hui d'actualité d'aller plus loin que ce que nous avons fait ici même il y a quelque temps.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. Des simplifications sont intervenues. Une réflexion est en cours pour voir si l'on peut aller plus loin, mais évidemment dans le respect de règles qui sécurisent le dispositif.

M. le président. La parole est à M. Frédéric Lefebvre.

M. Frédéric Lefebvre. J'ai bien entendu Mme la ministre parler d'une réflexion en cours pour simplifier davantage. Le rapporteur a aussi attesté de cette volonté de simplification. Dans ce cadre, puisque l'on veut simplifier davantage l'existence des Français – pas nécessairement d'ailleurs au moyen d'un amendement : sans modifier la loi, ce serait très bien aussi – et dans la mesure où un engagement est pris en ce sens, je retire volontiers mon amendement.

(*L'amendement n° 5 est retiré.*)

M. le président. La parole est à M. Michel Issindou, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 466, deuxième rectification.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet amendement est un peu particulier car il concerne les danseurs de l'Opéra de Paris. Comme vous le savez, ils sont mis d'office à la retraite à 42 ans. Ayant souvent commencé à danser très jeunes, ils sont, une fois arrivés à cet âge, fatigués par leur métier et leur carrière est nécessairement arrêtée. Cela se conçoit assez facilement, pour qui connaît cette profession.

Ils ne sont donc plus aptes à exercer leur métier d'origine mais, à 42 ans, on ne peut pas les mettre à la retraite : ce ne serait pas raisonnable. Ils se reconvertissent donc, après une formation, et reprennent une activité professionnelle.

Il paraît donc injuste de les laisser cotiser dans cette activité – car de toute façon, ils versent des cotisations, comme tous ceux qui cumulent emploi et retraite – sans que cela leur donne droit à de nouveaux droits. À 42 ans, il n'est en effet pas possible d'arrêter sa carrière professionnelle et de se contenter de la pension versée.

Il s'agit donc, dans ce cas tout à fait exceptionnel des petits rats de l'Opéra, d'autoriser les danseurs de l'Opéra de Paris à continuer à cotiser utilement après leur retraite.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable, même si ce dispositif pourrait trouver à s'appliquer au-delà des petits rats ! (*Sourires*)

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

M. Dominique Tian. Je m'inquiète : pourquoi les seuls petits rats de l'Opéra national de Paris seraient-ils concernés ? Il y a des danseurs d'opéra partout, à Marseille par exemple, et c'est tant mieux. Pourquoi n'auraient-ils donc pas droit aux mêmes avantages que ceux de Paris ?

M. le président. Sauf erreur, la ministre vient de vous répondre...

La parole est à M. le rapporteur.

M. Michel Issindou, rapporteur. Il s'agit d'un régime spécial de retraite qui s'applique aux personnels de l'Opéra de Paris. (*L'amendement n° 466, deuxième rectification est adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 532.

M. Arnaud Richard. Avec cet amendement, le groupe UDI défend une vision globale de la réforme des retraites afin de pérenniser notre système et d'éviter les transferts entre les branches.

Je ne veux pas déflorer le thème de la branche famille, que nous évoquerons en séance de nuit, mais il est vrai que nous y sommes presque. Par cet amendement, nous proposons donc un contrat de confiance entre toutes les générations pour le système de répartition des pensions, ce pacte de confiance devant reposer sur la certitude, pour ceux qui consentent aujourd'hui des sacrifices indispensables à la préservation de notre modèle de société et du principe de répartition, qu'ils ne seront pas demain les oubliés de la solidarité nationale.

Selon le groupe UDI, il convient de faire reposer cette règle de confiance sur des bases claires qui seules peuvent rendre les efforts envisagés acceptables. Nous proposons donc la mise en place d'un taux de cotisation maximal permettant de protéger le pouvoir d'achat des salariés et la combativité de nos entreprises, d'un taux de remplacement minimal afin que le travail de toute une vie soit reconnu et, enfin, d'un montant de pension de retraite minimal garantissant une retraite digne pour chaque Française et chaque Français. Le calendrier d'application de ce pacte de confiance sera élaboré avec les partenaires sociaux.

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

M. Michel Issindou, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement par lequel Arnaud Richard tente de refaire la réforme des retraites.

M. Arnaud Richard. Mais non !

M. Michel Issindou, rapporteur. Je rappelle qu'elle a été faite l'année dernière, et bien faite.

M. Jean-Pierre Barbier. Elle a été mal faite et elle est à refaire !

M. Michel Issindou, rapporteur. Elle est financièrement équilibrée et a donné lieu à d'évidents progrès sociaux.

Cet amendement propose finalement un système de comptes notionnels, à la suédoise. Sur ce sujet, nous attendons avec impatience le travail que le comité de suivi des retraites doit rendre dans les années à venir.

Monsieur Richard, la réforme des retraites ne se fera pas à huit heures cinq un vendredi soir, d'autant qu'elle est déjà en œuvre. Faites-lui suffisamment confiance pour la laisser vivre ! Avis défavorable, donc.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis également défavorable. Il me semble que cet amendement préconise moins une réforme globale, monsieur le député, qu'un mécanisme de pilotage. Vous proposez en effet un pilotage définissant par décret un taux de cotisation retraite maximal, un taux de remplacement plancher ainsi qu'un montant de pension minimale pour les retraités. Or, tel est précisément l'objet du comité de pilotage qui a été installé dans le cadre de la réforme des retraites. Votre amendement est donc de fait satisfait.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Je le retire.

(L'amendement n° 532 est retiré.)

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

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, ce soir, à vingt et une heures trente :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt heures cinq.)

*La Directrice du service du compte rendu de
la séance de l'Assemblée nationale*

CATHERINE JOLY