

# SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 19 novembre 2008

(24<sup>e</sup> jour de séance de la session)



# SOMMAIRE

## PRÉSIDENCE DE M. BERNARD FRIMAT

1. **Procès-verbal** (p. 7086).
2. **Décès d'anciens sénateurs** (p. 7086).
3. **Mise au point au sujet d'un vote** (p. 7086).  
MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, le président.
4. **Organismes extraparlimentaires** (p. 7086).
5. **Financement de la sécurité sociale pour 2009.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7088).

## QUATRIÈME PARTIE (*suite*) (p. 7088)

### Articles additionnels après l'article 31 (p. 7088)

Amendements n<sup>os</sup> 272 de Mme Raymonde Le Texier et 353 de M. Guy Fischer. – Mme Raymonde Le Texier, MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative ; M. Jean-Pierre Godefroy, Mme Annie David. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 272 ; rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 353.

### Article 31 *bis* (p. 7089)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 234 rectifié *bis* de M. André Lardeux, 273 rectifié de Mme Raymonde Le Texier, 341 de Mme Muguette Dini et 371 rectifié de Mme Sylvie Desmarescaux. – M. André Lardeux, Mmes Raymonde Le Texier, Muguette Dini, Sylvie Desmarescaux, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Bernard Cazeau. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 234 rectifié *bis*, 341 et 371 rectifié ; rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 273 rectifié.

Adoption de l'article.

### Article additionnel après l'article 31 *bis* (p. 7093)

Amendement n<sup>o</sup> 362 de M. Dominique Leclerc. – MM. Dominique Leclerc, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

### Article 32 (p. 7094)

Amendement n<sup>o</sup> 69 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

Mme Raymonde Le Texier, M. Guy Fischer.

Adoption de l'article.

### Article additionnel après l'article 32 (p. 7096)

Amendement n<sup>o</sup> 133 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

### Article 33 (p. 7097)

Mme Raymonde Le Texier.

Amendements n<sup>os</sup> 230 rectifié de M. Gilbert Barbier, 16 de la commission et 70 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur ; le rapporteur pour avis, Mme la ministre, M. François Autain. – Retrait des amendements n<sup>os</sup> 230 rectifié et 70 ; adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 16.

Adoption de l'article modifié.

### Articles additionnels après l'article 33 (p. 7100)

Amendement n<sup>o</sup> 135 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n<sup>o</sup> 275 rectifié de Mme Raymonde Le Texier. – MM. Jean-Jacques Mirassou, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, MM. François Autain, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales ; Gilbert Barbier, Alain Milon. – Rejet.

Amendements n<sup>os</sup> 437, 438 et 138 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet des trois amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 276 rectifié de Mme Raymonde Le Texier. – MM. Jean-Jacques Mirassou, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 444 de M. François Autain. – Mme Annie David, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 434 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 436 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 435 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 439 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 430 de M. François Autain. – Mme Isabelle Pasquet, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements n<sup>os</sup> 139 rectifié, 433 et 432 de M. François Autain. – Retrait des trois amendements.

Amendement n<sup>o</sup> 229 rectifié de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, MM. le président de la commission, Bernard Cazeau, Alain Milon, François Autain. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 33 *bis*. – Adoption (p. 7114)

Article 34 (p. 7114)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 141 de M. Guy Fischer et 274 de Mme Raymonde Le Texier ; amendements n<sup>os</sup> 350 de Mme Muguette Dini, 390 de M. Alain Milon, 384 rectifié de M. Gilbert Barbier et 528 rectifié (*priorité*) du Gouvernement. – M. Guy Fischer, Mmes Raymonde Le Texier, Muguette Dini, MM. Alain Milon, Gilbert Barbier, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, MM. le président de la commission, le président. – Demande de priorité de l'amendement n<sup>o</sup> 528 rectifié.

*Suspension et reprise de la séance* (p. 7117)

M. Guy Fischer, Mmes Raymonde Le Texier, Nathalie Goulet, Muguette Dini, la ministre. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 350 ; adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 528 rectifié, les autres amendements devenant sans objet.

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Article 34 *bis*. – Adoption (p. 7119)

Articles additionnels après l'article 34 *bis* (p. 7119)

Amendement n<sup>o</sup> 440 rectifié de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n<sup>o</sup> 445 de M. François Autain. – M. François Autain. – Rejet.

Article 35 (p. 7120)

Amendements n<sup>os</sup> 142, 143 de M. Guy Fischer et 526 du Gouvernement. – Mmes Annie David, la ministre, M. Alain Vasselle, rapporteur. – Rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 142 ; adoption de l'amendement n<sup>o</sup> 526 ; retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 143.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 35 (p. 7122)

Amendement n<sup>o</sup> 335 de Mme Anne-Marie Payet. – Mme Anne-Marie Payet, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 277 de M. Claude Domeizel. – MM. Jean-Jacques Mirassou, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Article 35 *bis* (p. 7122)

Amendements n<sup>os</sup> 147 de M. Guy Fischer, 17 de la commission et sous-amendement n<sup>o</sup> 529 du Gouvernement ; amendement n<sup>o</sup> 503 de la commission. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet de l'amendement n<sup>o</sup> 147 ; adoption du sous-amendement n<sup>o</sup> 529, de l'amendement n<sup>o</sup> 17 modifié et de l'amendement n<sup>o</sup> 503.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 35 *bis* (p. 7124)

Amendement n<sup>o</sup> 361 rectifié *bis* de M. Dominique Leclerc. – MM. Gérard Dériot, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

Article 36 (p. 7124)

Amendement n<sup>o</sup> 71 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Amendement n<sup>o</sup> 149 de M. Guy Fischer. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 37. – Adoption (p. 7126)

Article 37 *bis* (p. 7126)

Amendements n<sup>os</sup> 410 de M. Philippe Darniche, 519 et 520 du Gouvernement. – M. Philippe Darniche, Mme la ministre, M. Alain Vasselle, rapporteur. – Retrait de l'amendement n<sup>o</sup> 410 ; adoption des amendements n<sup>os</sup> 519 et 520.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 37 *bis* (p. 7127)

Amendement n<sup>o</sup> 448 rectifié de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n<sup>o</sup> 447 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Article 37 *ter* (p. 7128)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 19 de la commission et 411 de M. Philippe Darniche. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; Philippe Darniche, Mme la ministre, MM. François Autain, Bernard Cazeau. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 37 *quater* (p. 7129)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 20 de la commission et 72 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Alain Vasselle, rapporteur ; le rapporteur pour avis, Mme la ministre. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 38. – Adoption (p. 7129)

Articles additionnels après l'article 38 (p. 7129)

Amendements identiques n<sup>os</sup> 150 de M. Guy Fischer et 334 de Mme Anne-Marie Payet. – M. Guy Fischer, Mme Anne-Marie Payet, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Article 38 *bis* (p. 7130)

Mmes Gisèle Printz, Raymonde Le Texier.

Amendement n<sup>o</sup> 21 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

**6. Modification de l'ordre du jour** (p. 7131).

*Suspension et reprise de la séance*

**PRÉSIDENTE DE MME MONIQUE PAPON**

**7. Financement de la sécurité sociale pour 2009.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 7131).

Article 39 (p. 7131)

M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 73 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. – Retrait.

Amendements identiques n°s 246 de M. François Autain et 278 de Mme Raymonde Le Texier. – M. François Autain, Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 152 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n°s 151 de M. Guy Fischer et 279 de Mme Raymonde Le Texier. – M. Guy Fischer, Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendements n°s 153 de M. François Autain et 373 (*priorité*) de M. Philippe Marini. – MM. François Autain, Philippe Marini, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Rejet par scrutin public, après une demande de priorité de l'amendement n° 373 ; rejet de l'amendement n° 153.

M. François Autain.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 39 (p. 7140)

Amendements identiques n°s 247 de M. François Autain et 280 de Mme Raymonde Le Texier. – M. François Autain, Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 74 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – Retrait.

Amendement n° 155 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Article 39 *bis* (p. 7141)

Amendements n°s 22 et 23 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 23 ; adoption de l'amendement n° 22.

Adoption de l'article modifié.

Article 40 (p. 7142)

M. Jacky Le Menn.

Amendements n°s 156 à 165, 355 de M. Guy Fischer, 24 à 26 et 504 rectifié de la commission. – M. Guy Fischer, Mme Isabelle Pasquet, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mmes Annie David, la ministre, M. François Autain. – Rejet des amendements n°s 156, 157, 159 à 165 et 355 ; adoption des amendements n°s 24 à 26 et 504 rectifié, l'amendement n° 158 devenant sans objet.

M. François Autain, Mme Raymonde Le Texier.

Adoption, par scrutin public, de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 40 (p. 7151)

Amendement n° 281 de Mme Raymonde Le Texier. – Mme Raymonde Le Texier, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre, M. André Vantomme. – Rejet.

Article 40 *bis* (p. 7151)

Amendement n° 27 rectifié de la commission et sous-amendement n° 530 du Gouvernement. – M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié rédigeant l'article.

Article 40 *ter* (p. 7152)

Mme Raymonde Le Texier.

Adoption de l'article.

Article 41 (p. 7152)

M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 166 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Rejet.

Amendements n°s 75 rectifié à 77 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption des trois amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 41 (p. 7156)

Amendement n° 457 de M. François Autain. – MM. François Autain, Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Retrait.

Article 42 (p. 7157)

Mme Raymonde Le Texier.

Amendement n° 505 de la commission. – M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mme la ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 42 (p. 7157)

Amendement n° 282 de M. Jean-Pierre Godefroy. – Mme Claire-Lise Champion, M. Alain Vasselle, rapporteur ; Mmes la ministre, Annie David. – Rejet.

Article 42 *bis* (p. 7159)

M. Jacky Le Menn.

Adoption de l'article.

## Article additionnel avant l'article 43 (p. 7159)

Amendement n° 28 de la commission. – Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial ; la ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

## Article 43 (p. 7159)

Mme Raymonde Le Texier.

Amendements identiques n°s 248 de M. François Autain et 284 rectifié de Mme Raymonde Le Texier ; amendements n°s 167 de M. François Autain et 29 de la commission. – M. François Autain, Mmes Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. – Rejet des amendements n°s 248, 284 et 167 ; adoption de l'amendement n° 29.

Adoption de l'article modifié.

## Article 44 et article additionnel après l'article 44 (p. 7162)

Amendements identiques n°s 168 de M. Guy Fischer et 285 rectifié de Mme Raymonde Le Texier ; amendements n°s 30 rectifié à 32 de la commission, 169 de M. François Autain et 314 rectifié *bis* de Mme Marie-Thérèse Hermange. – M. Guy Fischer, Mmes Raymonde Le Texier, Sylvie Desmarescaux, rapporteur ; M. François Autain, Mmes Marie-Thérèse Hermange, la secrétaire d'État. – Rejet des amendements n°s 168, 285 rectifié et 169 ; adoption des amendements n°s 30 rectifié à 32 ; rectification de l'amendement n° 314 rectifié *bis*.

Adoption de l'article modifié.

Adoption de l'amendement n° 314 rectifié *ter* insérant un article additionnel après l'article 44.

Renvoi de la suite de la discussion.

**8. Dépôt d'une proposition de loi** (p. 7167).

**9. Texte soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution** (p. 7167).

**10. Renvoi pour avis** (p. 7167).

**11. Ordre du jour** (p. 7167).

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENTICE DE M. BERNARD FRIMAT

### vice-président

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

*(La séance est ouverte à quinze heures.)*

1

### PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

### DÉCÈS D'ANCIENS SÉNATEURS

**M. le président.** J'ai le regret de vous faire part du décès de notre ancien collègue Gérard Coppenrath, qui fut sénateur de Polynésie française de 1958 à 1962, et de notre ancien collègue Paul Guillard, qui fut sénateur de Loire-Atlantique de 1965 à 1983 et questeur de notre assemblée.

3

### MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

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

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** Monsieur le président, lors du vote sur les amendements n<sup>os</sup> 186 et 301 concernant l'article 61 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, Mme Gourault et moi-même avons voté pour, contrairement à ce qui a été indiqué.

**M. le président.** Acte vous est donné de cette mise au point, monsieur Vanlerenberghe. La rectification nécessaire sera publiée en annexe du *Journal officiel*.

4

### ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

**M. le président.** J'informe le Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation de sénateurs appelés à siéger au sein de plusieurs organismes extraparlamentaires.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires culturelles à présenter :

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité de suivi de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités ;

- un candidat pour siéger au sein du Comité national de l'initiative française pour les récifs coralliens ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

- un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France Télévisions ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France 2 ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société France 5 ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de la société Radio-France ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'établissement public du quai Branly ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national d'art et de culture Georges-Pompidou ;

- un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national des œuvres universitaires et scolaires ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du conseil d'administration du Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres ;

- un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation pour la prévention des risques naturels majeurs ;

- deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein de l'Observatoire national de la sécurité des établissements scolaires et d'enseignement supérieur.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires économiques à présenter :

- trois candidats (un titulaire et deux suppléants) pour siéger au sein du Conseil national des transports ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité consultatif des liaisons aériennes d'aménagement du territoire ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité consultatif des subventions aux exploitants d'aérodromes ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité de contrôle du Fonds de soutien aux hydrocarbures ou assimilés d'origine nationale ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité de liaison pour l'accessibilité des transports et du cadre bâti ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité national de l'initiative française pour les récifs coralliens ;

– un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure des sites, perspectives et paysages ;

– un candidat pour siéger au sein de la Commission supérieure du Crédit maritime mutuel ;

– quatre candidats pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Agence des aires marines protégées ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Établissement public national d'aménagement et de restructuration des espaces commerciaux et artisanaux ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Fonds pour le développement de l'intermodalité dans les transports ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration d'UBIFRANCE, Agence française pour le développement international des entreprises ;

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Conseil d'orientation de l'Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique en France métropolitaine et dans les départements et territoires d'outre-mer ;

– trois candidats pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement du territoire ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'habitat ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'information statistique ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de la coopération ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de la sûreté et de l'information nucléaire ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'aviation marchande ;

– quatre candidats (deux titulaires et deux suppléants) pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'énergie ;

– un candidat pour siéger au sein du Haut comité pour la transparence et l'information sur la sécurité en matière nucléaire ;

– un candidat pour siéger au sein de l'Observatoire des territoires ;

– un candidat pour siéger au sein de l'Observatoire national des zones urbaines sensibles ;

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein de l'Observatoire national du service public de l'électricité et du gaz.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires étrangères à présenter un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation stratégique du fonds de solidarité prioritaire.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des affaires sociales à présenter :

– un candidat pour siéger au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Conseil d'administration de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;

– un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein du Conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites ;

– trois candidats pour siéger au sein du Conseil d'orientation des retraites ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil national du bruit ;

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des finances à présenter :

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité central d'enquête sur le coût et le rendement des services publics ;

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité des finances locales ;

– un candidat pour siéger au sein du Comité des prix de revient des fabrications d'armement ;

– deux candidats pour siéger au sein de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration de l'Établissement public de réalisation de défaisance ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre national d'art et de culture Georges-Pompidou ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil immobilier de l'État ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil de surveillance du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle ;

– un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein du Conseil de surveillance du Fonds de réserve pour les retraites ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil d'orientation des retraites ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement durable du territoire ;

– un candidat pour siéger au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ;

Conformément à l'article 9 du règlement, j'invite la commission des lois à présenter :

– deux candidats (un titulaire et un suppléant) pour siéger au sein du Comité des finances locales ;

– un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein de la Commission supérieure de codification ;

– un candidat pour siéger au sein du conseil d'administration du Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres ;

– un candidat pour siéger au sein du Conseil national de l'aménagement et du développement du territoire ;

– deux candidats pour siéger au sein du Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire ;

– un candidat pour siéger comme membre suppléant au sein de la Commission nationale de l'admission exceptionnelle au séjour.

Les nominations des sénateurs appelés à siéger au sein de ces organismes extraparlamentaires auront lieu ultérieurement dans les conditions prévues par l'article 9 du règlement.

5

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, adopté par l'Assemblée nationale (n<sup>os</sup> 80, 83 et 84).

Dans la discussion des articles de la quatrième partie, nous en sommes parvenus aux amendements tendant à insérer un article additionnel après l'article 31.

#### QUATRIÈME PARTIE (suite)

##### Articles additionnels après l'article 31

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n<sup>o</sup> 272, présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi n<sup>o</sup> 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 sera présenté au Parlement avant le 30 septembre 2009.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

**Mme Raymonde Le Texier.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, il s'agissait d'un excellent amendement, visant à demander un rapport sur les franchises médicales. Si je dis qu'il était excellent, c'est parce que le rapport nous est parvenu il y a quelques jours.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Le Gouvernement est rapide !

**Mme Raymonde Le Texier.** Dans ces conditions, je retire l'amendement.

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 272 est retiré.

L'amendement n<sup>o</sup> 353, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 31, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur les conséquences pour les assurés sociaux, notamment en termes d'accès aux soins, de l'instauration des franchises médicales prévues à l'article 52 de la loi n<sup>o</sup> 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Le rapport est arrivé !

**M. Guy Fischer.** Certes, mais nous n'avons pas eu le temps de le lire.

**Mme Raymonde Le Texier.** Absolument !

**M. Guy Fischer.** Là est le problème.

Avant toute chose, je veux dire que nous savons combien le Sénat, et particulièrement M. About, est hostile à la multiplication des rapports...

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Cela dépend lesquels !

**M. Guy Fischer.** ... que l'on annonce parfois, pour ne jamais les réaliser ou, pire encore, pour ne pas en tenir compte. Nous partageons parfois son analyse, sans toutefois en faire une application automatique.

Je dois dire, pour être honnête, que nous nous serions passés de cet amendement si ceux que nous avons déposés au préalable n'avaient pas fait l'objet de la censure de l'article 40 de la Constitution. En effet, en raison de l'application de cet article, nous ne pourrions défendre notre amendement de suppression des franchises médicales. Or nous voulions montrer aux assurés sociaux qu'il fallait absolument lutter contre le système qui a été mis en place notamment à partir de 2008. Notre amendement visait à supprimer les franchises médicales, véritable impôt sur la maladie : les malades paieront pour les malades.

Ce mécanisme de franchises est pourtant d'une grande inégalité, et ce d'autant plus que l'on est passé d'une justification fondée sur la nécessité de financer le plan Alzheimer à une justification plus comptable. C'est aujourd'hui, nous dit-on, un outil de responsabilisation.

Nous l'avons souligné, cette mesure est injuste car elle affecte plus durablement les plus pauvres et les malades. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement visant à exonérer les bénéficiaires de la couverture maladie universelle, la CMU, de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-c, les malades en affection de longue durée – ALD – et les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles qui se voient contraints de financer eux-mêmes les frais de santé engagés par le non-respect des règles de sécurité à la charge de l'employeur.

Ce que nous voulions dénoncer, c'est que le reste à charge pour les assurés sociaux est parfois non négligeable.

Puisqu'il s'agit d'une mesure de responsabilité, nous proposons d'exclure de l'assiette d'application des franchises médicales les vaccins car il s'agit précisément là d'une mesure de responsabilité sociale et sanitaire comme d'une mesure de prévention.

Mais de tout cela, nous ne discuterons pas. C'est à croire que, parfois, l'article 40 de notre Constitution permet d'éviter certains débats.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Nous en parlons tout de même un peu !

**M. François Autain**. Pas autant qu'il le faudrait !

**M. Guy Fischer**. L'amendement que nous vous proposons d'adopter n'est toutefois pas qu'un amendement de repli. Il s'agit d'une proposition importante, puisque nous proposons que les effets de ces franchises médicales sur nos concitoyens puissent être réellement évalués.

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

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie*. L'exposé des motifs développé par M. Fischer justifie à lui seul l'avis défavorable de la commission. Notre collègue a reconnu lui-même qu'il prenait prétexte de cette disposition afin de pouvoir développer d'autres préoccupations.

Dans ces conditions, chacun comprendra que cet amendement n'a plus de raison d'être. D'ailleurs, Mme Le Texier a retiré le sien. Je pensais que M. Fischer aurait fait de même.

**M. François Autain**. Mme Le Texier est socialiste, c'est différent !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative*. Mme Le Texier a excellemment répondu en disant que son amendement était satisfait et M. Fischer a ouvert un autre débat.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. M. Fischer est exigeant !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Donc, l'amendement n'a pas lieu d'être.

**M. le président**. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je profite de l'amendement de nos collègues du groupe CRC pour rappeler que les franchises médicales appliquées aux personnes accidentées du travail ou atteintes d'une maladie professionnelle sont totalement injustes.

**M. Guy Fischer**. Voilà !

**M. Jean-Pierre Godefroy**. Nous le répétons d'année en année, mais il faudra peut-être un jour se pencher sur cette question. En effet, les personnes qui sont atteintes d'une maladie professionnelle ou victimes d'un accident du travail sont, en France, les seules victimes à ne pas bénéficier d'une réparation totale puisque les franchises médicales leur sont appliquées.

Il serait tout à fait normal, me semble-t-il, que les franchises médicales ne s'appliquent pas à ces personnes, qui sont des victimes.

Je reviens à la charge cette année encore et je voudrais bien que l'on entende mes arguments. Les personnes victimes d'un accident de la route sont totalement remboursées car les franchises médicales sont prises en charge par l'auteur de l'accident. Pour les maladies professionnelles et les accidents du travail, ce n'est pas possible : les personnes concernées sont donc doublement victimes.

**M. Guy Fischer**. Très bien !

**Mme Raymonde Le Texier**. Excellent !

**M. le président**. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David**. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le rapport que nous demandons n'est pas tout à fait le même que celui de notre collègue Raymonde Le Texier, puisque nous souhaitons, quant à nous, qu'y soient clairement indiquées les conséquences de ces franchises non seulement sur le pouvoir d'achat – je partage le sentiment de M. Jean-Pierre Godefroy sur l'injustice de ces franchises, notamment pour les accidentés du travail ou les victimes de maladies professionnelles –, mais également sur le report de soins auquel doivent recourir certains de nos concitoyens car ils n'ont plus les moyens de se soigner correctement.

Madame la ministre, le rapport nous est parvenu jeudi dernier, nous vous en remercions. Cependant, nous débattons depuis du PLFSS et entre les séances, les commissions et quelques heures de sommeil, nous n'avons encore pas eu le temps de l'étudier sérieusement.

Si vous me garantissiez que, dans le rapport qui nous a été communiqué, apparaît l'incidence directe du résultat de ces franchises sur le pouvoir d'achat des assurés sociaux, d'une part, et sur le report des soins, d'autre part, j'accepterais de retirer l'amendement. Mais ce n'était pas, me semble-t-il, l'objet de ce rapport. Aussi, nous maintenons notre amendement.

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 353.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

### Article 31 bis

Par dérogation aux articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la part prise en charge par l'assurance maladie des cotisations exigibles en 2009 en application de l'article L. 722-4 du même code par les chirurgiens-dentistes exerçant dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-9 du même code, est déterminée par une décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prise après avis des organisations syndicales nationales représentatives de la profession.

**M. le président**. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 234 rectifié *bis* est présenté par MM. Lardeux, Gilles, Portelli et Leclerc.

L'amendement n° 273 rectifié est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny, Michel, S. Larcher et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 341 est présenté par Mme Dini, MM. Mercier, J. Boyer, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

L'amendement n° 371 rectifié est présenté par Mme Desmarescaux, M. Darniche, Mme Procaccia, M. J. Blanc, Mme Goy-Chavent et M. Türk.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. André Lardeux, pour présenter l'amendement n° 234 rectifié *bis*.

**M. André Lardeux.** Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 31 *bis* confère au directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, le pouvoir de décider unilatéralement du taux de participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes pour l'année 2009. Cette mesure d'exception survient à la suite de la décision du Conseil d'État annulant les modulations de la participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie pour l'année 2006 et après le refus par la Confédération nationale des syndicats dentaires, la CNSD, de la proposition d'avenant n° 2 par l'UNCAM en raison de son iniquité par rapport à l'exercice des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés.

L'article 31 *bis* permettra au directeur général de l'UNCAM de prendre des mesures allant à l'encontre de l'esprit de la convention de 2006. Contrairement à ce qui a été affirmé dans l'exposé des motifs, la méthode employée ne sera pas neutre pour un grand nombre de chirurgiens-dentistes et conduira à une importante majoration des cotisations, tout particulièrement pour les praticiens exerçant dans les zones défavorisées à fort taux de patients bénéficiant de la CMU-c.

Cette mesure paraît méconnaître les dispositions de l'article 34 de la Constitution selon lesquelles la loi fixe les principes fondamentaux de la sécurité sociale. En effet, le texte adopté modifie – indirectement –, pour l'année 2009, l'assiette et le taux de cotisation des chirurgiens-dentistes.

Cet article déroge aux règles régissant les pouvoirs attribués à l'UNCAM et à son directeur général. Cette dérogation ne peut figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale dont le contenu a été établi par une loi organique, article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Cet article vise à conférer au directeur général de l'UNCAM un pouvoir qui ne fait pas partie de ses compétences. Il est investi d'une compétence réglementaire et l'amendement lui a conféré la capacité de fixer l'assiette de la quote-part de participation des caisses aux cotisations sociales professionnelles alors même que cette fixation a une influence directe sur l'assiette de cotisation du praticien et ne peut dès lors résulter que d'une loi. Cet amendement est donc entaché d'incompétence négative car il met en jeu des principes fondamentaux de la sécurité sociale qui relèvent de la compétence du législateur.

De plus, les affirmations du directeur général de l'UNCAM selon lesquelles l'équilibre de l'accord serait rompu après la décision du Conseil d'État ne sont pas prouvées par l'examen des chiffres des dépenses dentaires pour 2006 et 2007.

L'absence de participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes pourrait inciter un grand nombre de chirurgiens-dentistes libéraux à sortir du champ d'application de cette convention en raison de cette décision.

**M. le président.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 273 rectifié.

**Mme Raymonde Le Texier.** À la suite de la décision du Conseil d'État de « casser » la convention signée entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes prévoyant une revalorisation des honoraires en contrepartie d'une modification de la prise en charge de leurs cotisations, il nous est aujourd'hui proposé de donner la possibilité au directeur général de l'UNCAM de fixer, par décision unilatérale, les modalités de prise en charge des cotisations.

Ce dispositif nous semble un peu brusque et quelque peu rapide, même s'il ne doit porter que sur une seule année.

En effet, le texte adopté modifie unilatéralement, pour l'année 2009, l'assiette et le taux de cotisation des chirurgiens-dentistes. Est-ce dans les prérogatives de l'UNCAM de le faire, comme vient de le demander à l'instant M. Lardeux ?

Contrairement à ce qui est affirmé dans l'exposé des motifs, la méthode employée ne sera pas neutre pour un grand nombre de chirurgiens-dentistes et conduira à une importante majoration des cotisations, tout particulièrement pour les praticiens exerçant dans les zones défavorisées à fort taux de patients bénéficiant de la CMU-c.

L'échec de la voie contractuelle aboutit à un passage en force par la voie législative. C'est précisément contre cela que nous réagissons aujourd'hui, en vous demandant, mes chers collègues, de supprimer cet article.

**M. le président.** La parole est à Mme Muguette Dini, pour présenter l'amendement n° 341.

**Mme Muguette Dini.** Cet amendement vise à supprimer l'article 31 *bis*, qui confère au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie le pouvoir de décider unilatéralement du taux de participation des caisses aux cotisations d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes pour l'année 2009.

En effet, les 11 et 19 mai 2006, l'UNCAM et la Confédération nationale des syndicats dentaires ainsi que l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes ont signé la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

Ce texte conventionnel revalorise les soins conservateurs et chirurgicaux, essentiels à la préservation de la bonne santé dentaire, qui représentent les deux tiers du temps de travail du chirurgien-dentiste.

Déjà très inférieurs à ceux des autres pays européens, les tarifs des soins conservateurs, qui ne peuvent faire l'objet de dépassements, n'avaient pas été revalorisés depuis 1997.

En contrepartie, les chirurgiens-dentistes se sont engagés à ne pas augmenter les tarifs des prothèses dentaires et ont accepté une réduction de la participation de l'assurance maladie au financement de leurs cotisations d'assurance maladie, maternité et décès. Désormais, cette participation n'est plus assurée sur les dépassements d'honoraires réalisés sur les soins prothétiques.

Conformément à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, ces nouvelles dispositions conventionnelles ont été soumises à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et publiées dans le cadre d'un arrêté en date du 14 juin 2006.

Les appels de cotisations majorés ont été notifiés par l'URSSAF en juillet 2006, s'appliquant de fait aux cotisations au titre de la période du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 30 avril 2007.

Toutefois, la situation de chaque chirurgien-dentiste, au regard de son obligation d'acquitter des cotisations sociales, devant être regardée comme juridiquement constituée

depuis le 1<sup>er</sup> mai 2006, le Conseil d'État, dans un arrêt en date du 16 juin dernier, a annulé partiellement ledit arrêté d'approbation, pour non respect du principe de non-rétroactivité des actes réglementaires.

Cet article 31 *bis* est en réaction contre cette situation. Il vise à conférer au directeur général de l'UNCAM le pouvoir de décider unilatéralement du taux de participation des caisses d'assurance maladie des chirurgiens-dentistes pour l'année 2009, afin de contrer cet arrêt de la Haute juridiction administrative.

Nous nous opposons à cette démarche et demandons la suppression de cet article.

**M. François Autain.** Quelle unanimité !

**M. le président.** La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, pour présenter l'amendement n° 371 rectifié.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Chacun aura bien compris l'objet de l'article 31 *bis*. Mon amendement étant identique à celui qui a été défendu par mon collègue M. Lardeux, je ne développerai pas les raisons pour lesquelles nous demandons la suppression de cet article.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Voilà un tir groupé sur toutes les travées contre l'article 31 *bis*, ce qui me conduit à faire œuvre de pédagogie à l'égard tant des chirurgiens-dentistes que de mes collègues sénateurs qui ont accepté de porter ces amendements de suppression.

Ces amendements identiques sont fondés sur deux arguments essentiels pour justifier le rejet de la mesure proposée.

Tout d'abord, les professionnels de santé concernés ont le sentiment d'être spoliés, estimant que la mesure qui s'imposera à eux crée un déséquilibre au regard des accords conventionnels qu'ils ont signés avec la CNAM et l'UNCAM en 2006.

Ensuite, est avancé, et M. Lardeux a souligné ce point dans son intervention, un argument de droit : les dispositions d'une loi ordinaire ne pourraient déroger aux dispositions d'une loi organique, seule une loi organique pouvant déroger à un dispositif organique. Sur ce point de droit, je demanderai à Mme la ministre de bien vouloir nous éclairer.

Pour ma part, en tant que rapporteur et après avoir analysé le dossier avec les administrateurs de la commission, je n'ai pas le sentiment qu'un tel problème de droit se pose.

Dès lors que la mesure proposée a un impact sur l'équilibre des finances, donc sur l'ONDAM, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, elle est parfaitement justifiée et a toute sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. En revanche, tout amendement n'ayant aucune incidence financière pourrait être considéré comme un cavalier législatif et pourrait, à ce titre, être déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

À cet égard, je veux dire à certains de nos collègues qu'il n'est pas impossible que l'évolution du règlement de notre assemblée nous conduise, dans les semaines ou les mois à venir, à déclarer irrecevables des amendements n'ayant pas d'impact financier sur l'équilibre des comptes du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ce que nous n'avons pas fait jusqu'à aujourd'hui.

En conséquence, la commission a émis un avis défavorable sur ces amendements identiques, essentiellement au motif que l'article 31 *bis* ne fait que rétablir la situation d'équilibre telle qu'elle aurait dû résulter des accords conventionnels de 2006.

En vertu de ces accords, les professionnels de santé chirurgiens-dentistes ont accepté, en compensation d'une revalorisation de leurs honoraires, une augmentation de leurs cotisations sociales, ne bénéficiant plus d'une exemption au même taux que précédemment. Or un arrêt du Conseil d'État a annulé la disposition relative aux cotisations sociales. Les chirurgiens-dentistes ont donc bénéficié de la revalorisation sans avoir à supporter l'augmentation de leurs cotisations sociales qui devait créer un équilibre et assurer la neutralité du dispositif.

La mesure proposée revêt un caractère exceptionnel, puisqu'elle ne s'appliquera que sur l'exercice 2009. Comme elle n'est pas appelée à être reconduite au-delà, on aboutit donc ni plus ni moins à la neutralité du dispositif adopté en 2006.

Si vous êtes convaincus, mes chers collègues, par l'éclairage supplémentaire que Mme la ministre va vous apporter, il me serait particulièrement agréable que vous acceptiez de retirer vos amendements respectifs.

D'ailleurs, je tiens à votre disposition un tableau (*M. le rapporteur brandit un document*) tout à fait éclairant, qui montre l'évolution, dans la colonne de droite, des revalorisations et, dans celle de gauche, du poids des cotisations pour les professionnels de santé. Ce tableau est donc assez parlant.

**M. Guy Fischer.** On voudrait bien le connaître !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'appuierai l'argumentation très complète de M. le rapporteur.

Une convention dentaire signée en mai 2006 fait état d'une revalorisation très importante – et justifiée – des actes de soins conservateurs et de chirurgie dentaire, qui représente une hausse de 290 millions d'euros d'honoraires en année pleine, afin que les chirurgiens-dentistes soient véritablement des acteurs de prévention.

Par ailleurs, on note une avancée dans le domaine de la santé bucco-dentaire avec le programme « M<sup>2</sup>T dents ».

De plus, cette convention dentaire s'est accompagnée, en 2006, d'une revalorisation très importante – 30 % ! – des forfaits applicables aux bénéficiaires de la CMU-c.

En contrepartie de ces hausses très importantes – le tableau présenté par M. le rapporteur, qui sera à votre disposition, mesdames, messieurs les sénateurs, est très éclairant en la matière –, les syndicats dentaires ont accepté que la prise en charge des cotisations sociales par les caisses ne s'applique plus aux dépassements d'honoraires sur les prothèses.

**M. François Autain.** Voilà !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis d'ailleurs quelque peu surprise de voir que certains d'entre vous qui ont dénoncé les dépassements d'honoraires...

**M. Alain Gournac.** Et oui !

**M. François Autain.** Pas tous !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... veulent maintenant que la prise en charge des cotisations sociales s'applique précisément aux dépassements ! Je me permets de mettre chacun devant ses responsabilités intellectuelles.

La CNSD, la Confédération nationale des syndicats dentaires, et l'UJCD, l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes, ont accepté cet accord.

Patatras ! Un arrêt du Conseil d'État a annulé une partie de l'accord. Toutefois, comme Mme Dini l'a parfaitement souligné, celui-ci n'a pas jugé au fond. Sa décision est fondée sur le caractère très légèrement rétroactif de cette mesure, la date de signature de la convention étant intervenue le 11 mai 2006, après la date d'appel des cotisations fixée le 1<sup>er</sup> mai de chaque année.

En revanche, les revalorisations, elles, n'ont pas été annulées. Un certain nombre d'organisations représentatives ont empêché les revalorisations, tout en n'acceptant pas le fait que la prise en charge des cotisations sociales ne s'applique plus aux dépassements d'honoraires en matière de prothèses, au motif que le Conseil d'État avait annulé cette disposition.

Cette décision a donc faussé l'équilibre de la convention.

Si ces amendements identiques étaient adoptés, ils entraîneraient une charge supplémentaire de 135 millions d'euros. Je suis donc un peu surprise de constater qu'ils n'ont pas été « retoqués » par la commission des finances.

**M. François Autain.** Les voies de l'article 40 de la Constitution sont impénétrables !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ils ne sont pas gagés et ils apparaissent donc irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution.

**M. Guy Fischer.** Deux poids deux mesures !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Nous étions devant une situation de blocage. Pour y remédier, une disposition exceptionnelle a été adoptée par voie d'amendement à l'Assemblée nationale. Elle est nécessaire pour revenir à la situation existante, qui, je le rappelle, avait été adoptée par toutes les parties et comporte une très importante augmentation des honoraires des chirurgiens-dentistes.

Mme Dini m'a interrogée sur les compétences du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur général de l'UNCAM se voit attribuer, par cet article, une compétence unilatérale.

Or ce n'est pas nouveau. Il dispose d'ores et déjà d'autres compétences unilatérales, puisqu'il fixe le ticket modérateur de chaque médicament, tout comme les tarifs de l'ensemble des actes de la nomenclature, qu'il s'agisse des médecins, des chirurgiens-dentistes, des auxiliaires ou des biologistes.

Le directeur général de l'UNCAM est également délégataire du pouvoir réglementaire sur des points très importants : il signe notamment, sur la base des orientations adoptées par le Conseil et sur mandat du collègue des directeurs de l'UNCAM, les conventions avec les professionnels de santé, et il négocie et signe les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État.

La mesure proposée entre donc dans le champ de ses prérogatives, qui sont bien connues. Il agira en toute responsabilité. L'article 31 *bis* tire les conséquences de l'échec, à ce jour, des négociations engagées avec les syndicats de chirurgiens-dentistes pour rétablir l'équilibre rompu par l'arrêt du Conseil d'État.

Je veux signaler, comme l'a fait excellemment M. le rapporteur, que cette compétence n'est déléguée au directeur général de l'UNCAM que pour les cotisations de l'année 2009. Elle n'est donc pas reconductible.

Sous le bénéfice de ces explications, je vous demande donc, mesdames, monsieur les sénateurs, de bien vouloir retirer ces amendements.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.** Je le sais, nos collègues éprouvent toujours une grande émotion dès qu'on « dégainé » l'article 40 de la Constitution, qui est appliqué avec compétence et souvent bienveillance par la commission des finances, aidée en cela par les administrateurs. Ces derniers, déjà surchargés en cette période budgétaire, sont ainsi confrontés à un surcroît de travail.

Si l'article 40 n'a pas été invoqué ici, c'est qu'il s'agit en fait d'un droit existant, la disposition ayant été introduite par l'Assemblée nationale.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** C'est le Conseil d'État qui a commis la faute !

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** En tant que rapporteur pour avis, même si cela dépasse ma compétence, j'estime que l'adoption de ces amendements identiques poserait problème. Il serait donc préférable qu'ils soient retirés, eu égard aux finances publiques. Je le rappelle, la commission des finances est toujours soucieuse de ne pas aggraver le déficit.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission des affaires sociales partage le même souci !

**M. le président.** Monsieur Lardeux, l'amendement n° 234 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. André Lardeux.** À situation particulière, traitement particulier. J'ai bien entendu l'avis de M. le rapporteur et les explications données par Mme la ministre. Dans la mesure où il s'agit de régler, une fois pour toutes, une question ponctuelle, cette disposition n'étant pas destinée à devenir pérenne, je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 234 rectifié *bis* est retiré.

Madame Le Texier, qu'advient-il de l'amendement n° 273 rectifié ?

**Mme Raymonde Le Texier.** Nous le maintenons, monsieur le président.

Je tiens à répondre à Mme la ministre, s'agissant de l'ambiguïté de la position de certains par rapport aux dépassements d'honoraires. Nous les dénoncerions dans certains cas et les soutiendrions dans d'autres, notamment s'agissant des dentistes.

Certains d'entre nous habitent dans des secteurs défavorisés. Pour ma part, je suis élue dans l'est du Val-d'Oise, à Villiers-le-Bel, là où tout brûlait voilà tout juste un an. Nous rencontrons beaucoup de difficultés pour garder nos dentistes, qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires et dont 50 % de la clientèle bénéficie de la CMU, la couverture maladie universelle. Lorsque je suis sur le fauteuil de mon dentiste, celui-ci reçoit sans arrêt des appels d'infr-

mières de collègue lui demandant de soigner tel enfant ou tel adolescent. Il accepte de les soigner gratuitement, car il sait qu'ils n'ont pas d'argent. Ces situations existent aussi !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Leurs cotisations sont donc prises en charge ! Il s'agit de ne pas prendre en charge les cotisations liées à des dépassements d'honoraires.

**Mme Raymonde Le Texier.** Comme mes collègues, je continue de m'inquiéter des dépassements d'honoraires et de les dénoncer lorsqu'ils sont excessifs.

**M. le président.** Madame Dini, l'amendement n° 341 est-il maintenu ?

**Mme Muguet Dini.** Je vous remercie, madame la ministre, de vos explications très complètes. Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 341 est retiré.

Madame Desmarescaux, l'amendement n° 371 rectifié est-il maintenu ?

**Mme Sylvie Desmarescaux.** Selon moi, cette discussion a eu le mérite d'exister. Sauf erreur de ma part, l'Assemblée nationale n'a pas pu disposer de toutes les informations que vous venez de nous apporter. Je prends bonne note que la disposition s'appliquera à titre exceptionnel, seulement pour l'année 2009 et je prends acte de ses conséquences sur l'ONDAM.

En conséquence, je retire cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 371 rectifié est retiré.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 273 rectifié.

**M. Bernard Cazeau.** Madame la ministre, il semblerait que, en vertu de la décision du Conseil d'État, l'ACOSS, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ait commencé à rembourser une partie des sommes indues aux chirurgiens-dentistes depuis plusieurs semaines. Si tel est le cas, comment allez-vous vous sortir d'une telle situation ? Ces praticiens devront-ils rembourser une deuxième fois ? Cette affaire me paraît très obscure.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je voudrais lever une ambiguïté dans les propos tenus par Mme Le Texier pour justifier le maintien de son amendement.

Selon elle, si nous ne suivons pas sa proposition de suppression de l'article 31 *bis*, cela pourrait nuire à ceux de nos concitoyens qui n'ont pas sur leur territoire un professionnel de santé dentiste. Or tel n'est pas le cas ! Pour justifier le maintien de l'amendement n° 273 rectifié, il faut s'appuyer sur d'autres arguments et ne pas agiter la menace d'une réduction de l'offre des professionnels sur le territoire !

Au demeurant, je remercie Mme Desmarescaux d'avoir souligné que l'Assemblée nationale ne disposait pas de toutes les informations nécessaires et Mme la ministre d'avoir fait preuve de pédagogie.

Par ailleurs, j'invite les syndicats dentaires à lire le compte rendu de nos débats pour mieux comprendre les raisons pour lesquelles le Sénat prend une telle décision. Ce dispositif ne vise en aucun cas à pénaliser les professionnels de santé. Il s'agit simplement de respecter à la lettre l'engagement pris par les professionnels de santé envers l'UNCAM

dans le cadre des accords conventionnels. C'est parce qu'il n'y a pas eu de nouvel accord que nous sommes obligés d'inscrire dans la loi une telle disposition, qui permet de rétablir l'équilibre.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite répondre à la question précise posée par M. Cazeau. Les caisses ont reversé en 2008 le trop-perçu de 2006. La mesure que nous préconisons prendra effet en 2009, pour compenser ce reversement des caisses.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 273 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 31 *bis*.

*(L'article 31 bis est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 31 bis

**M. le président.** L'amendement n° 362, présenté par M. Leclerc, est ainsi libellé :

Après l'article 31 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Sauf dans les cas où, d'une part, le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, et d'autre part, sont dépassés les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code, l'office est subrogé. »

La parole est à M. Dominique Leclerc.

**M. Dominique Leclerc.** À la suite de discussions antérieures et de réformes qui allaient dans le bon sens, certains médecins libéraux exerçant des spécialités à risques importants, notamment les chirurgiens, les obstétriciens et les anesthésistes, restent toujours confrontés à des difficultés d'assurance de leur responsabilité civile professionnelle. En particulier, il existe des « trous de garantie » dans la couverture d'assurance.

En effet, la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale avait autorisé un plafond minimum de garantie fixé à 3 millions d'euros. La majorité des contrats d'assurance actuels est alignée sur ce plafond. Au-delà de ce montant, l'ONIAM, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, intervient et peut ensuite se retourner contre le médecin en cause, qui est donc insuffisamment couvert en cas de sanctions financières lourdes.

Aussi, il importe de clarifier le cadre législatif et d'éviter les recours contre les praticiens au-delà du plafond de garantie.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** M. Leclerc a eu raison, me semble-t-il, d'appeler notre attention et celle du Gouvernement sur le dispositif d'assurance concernant les professionnels de santé, plus particulièrement les médecins libéraux.

La question qui se pose est de savoir si, effectivement, au-delà du montant de 3 millions d'euros auquel M. Leclerc a fait référence, l'ONIAM intervient et peut ensuite se retourner contre le médecin en cause, qui serait alors insuffisamment couvert en cas de sanctions financières lourdes.

D'après l'ONIAM, il semblerait que ce cas de figure ne se soit pas présenté. Il apparaîtrait intéressant d'avoir l'éclairage du Gouvernement sur ce dispositif, de manière à juger de l'opportunité d'adopter ou non cet amendement.

Dans l'hypothèse où Mme la ministre apaiserait toutes vos inquiétudes à ce sujet, je vous proposerais, monsieur Leclerc, de retirer votre amendement au bénéfice de ces garanties.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Leclerc, vous abordez un sujet important, celui de la responsabilité civile des professionnels de santé, notamment des médecins, et tout particulièrement ceux, comme les obstétriciens et les chirurgiens, qui exercent les spécialités les plus à risque.

Les pouvoirs publics ne sont pas restés passifs devant l'augmentation, depuis 2000, des primes d'assurance ni devant le retrait d'un certain nombre d'offres.

À cet égard, je souhaite rendre hommage à M. le président About, dont la proposition de loi adoptée à la fin de l'année 2002 a permis d'améliorer l'assurabilité des risques médicaux en apportant plus de visibilité, et donc de sécurité, à l'assureur, aucun dommage ne pouvant être mis à sa charge après la fin de validité du contrat.

Créé en 2004, l'Observatoire des risques médicaux, dont les compétences ont d'ailleurs été renforcées par la loi du 30 janvier 2007, doit permettre d'accroître la transparence du marché de l'assurance de responsabilité civile.

En 2006, l'aide de l'assurance maladie à la souscription d'une assurance professionnelle a été mise en place pour les médecins qui s'engagent dans une démarche d'accréditation. Cette aide n'est pas minime, puisqu'elle varie de 55 % à 65 % de la prime. On peut donc parler d'une véritable prise en charge par l'assurance maladie des assurances des praticiens.

Cette aide a bénéficié, en 2006 comme en 2007, à environ 7 000 médecins – des chirurgiens pour 60 % d'entre eux, mais aussi des anesthésistes et des gynécologues obstétriciens –, pour un montant cumulé d'environ 60 millions d'euros. Cet effort important de la collectivité a permis d'aider efficacement les médecins des spécialités dites « à risque » à faire face à leurs charges d'assurance.

Ces mesures ont eu un effet positif : le nombre de décisions du bureau central de tarification, qui est chargé de trouver un assureur aux médecins ayant des difficultés à en trouver un, est passé de 1 096 à 49 de 2003 à 2006. Le problème paraît donc quasiment réglé, ce qui traduit une détente du marché de l'assurance.

Avant de modifier encore une fois le cadre législatif, il faut laisser aux dispositions existantes la possibilité de prendre leur plein effet. Je pense notamment à la montée en puissance de l'accréditation des professionnels sous l'égide de la Haute Autorité de santé.

Monsieur Leclerc, vous proposez de faire prendre en charge par l'ONIAM, en cas d'accident médical fautif, la part d'indemnisation supérieure à 3 millions d'euros.

Compte tenu des mesures déjà prises, cela ne me paraît ni opportun ni déterminant pour garantir une couverture assurantielle des professionnels de santé dans de bonnes conditions économiques.

En outre, une telle mesure aurait un coût pour l'assurance maladie, qui finance l'ONIAM.

Par ailleurs, la réforme ne serait pas anodine sur le plan des principes : elle conduirait en effet l'ONIAM à intervenir en cas de faute médicale alors que la mission de cet établissement est l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Absolument !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cette mesure, de prime abord strictement financière – mais qu'il conviendrait néanmoins de financer ! –, modifierait en effet complètement les missions de l'ONIAM.

Sous le bénéfice de ces explications, et en sachant que nous avons déjà largement pris en compte vos préoccupations, je souhaiterais que vous retiriez cet amendement, monsieur le sénateur.

**M. le président.** Monsieur Leclerc, l'amendement n° 362 est-il maintenu ?

**M. Dominique Leclerc.** Je vous remercie, madame la ministre, de toutes les précisions que vous venez d'apporter.

La mesure prise par le Gouvernement était bien ciblée et a effectivement apporté une aide plus qu'appréciable à l'ensemble de ces professionnels, qui, rappelons-le, sont tous les jours exposés à un risque élevé de poursuites pénales. Il était, évidemment, très important pour nous qu'une distinction soit faite entre la faute et le risque. Désormais, je pense que mes collègues ont bien compris ce qui a été fait entre 2006 et aujourd'hui, c'est-à-dire en très peu de temps.

En conséquence, je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 362 est retiré.

### Article 32

I. – L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des propositions de l'année précédente qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des négociations avec les professionnels de santé conduites en vertu de l'article L. 182-2. »

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours. »

III. – À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, après le mot : « transmises », sont insérés les mots : « dans un délai d'un mois ».

**M. le président.** L'amendement n° 69, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après le II de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

II *bis*. – À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, le taux : « 1 % » est remplacé par le taux : « 0,5 % ».

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Dans le cadre de la procédure d'alerte, le risque de dépassement de l'ONDAM est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé par décret, lequel ne peut excéder 1 % de l'ONDAM. Ce seuil a été fixé par décret à 0,75 %.

La procédure d'alerte a été déclenchée pour la première fois en 2007. Si les mesures de redressement décidées dans ce cadre n'ont eu qu'un impact limité, c'est en raison de leur mise en œuvre tardive.

Afin de pouvoir agir plus en amont, cet amendement prévoit que ce seuil ne pourra excéder 0,5 % de l'ONDAM. Si tel avait été le cas, la procédure d'alerte aurait été déclenchée cette année.

Il me semble que cette proposition s'inscrit, madame la ministre, dans le sens des préconisations du Gouvernement. Éric Wœrth a en effet déclaré, lors de la discussion générale, que l'objectif de croissance de 3,3 % de l'ONDAM « correspond à l'évolution observée cette année. Ce sera peut-être difficile, mais je pense que nous pouvons [...] tenir cet objectif. Nous allons nous y employer avec Roselyne Bachelot-Narquin et Xavier Bertrand, chacun pour sa part, tant à l'hôpital que pour les soins de ville. Nous voudrions surtout intervenir plus en amont, en créant des seuils d'alerte ».

C'est, me semble-t-il, le treizième ONDAM sur lequel le Parlement doit se prononcer. Le seuil d'alerte a été institué il y a quatre ans et déclenché pour la première fois en 2007, mais son déclenchement tardif n'avait pas permis de réagir avec suffisamment d'efficacité.

Le Parlement serait davantage concerné par le vote de l'ONDAM, et ses délibérations plus utiles, si ce pourcentage était ramené à 0,5 %. Cela donnerait à tous les acteurs concernés les moyens d'agir plus efficacement en cas de déclenchement de l'alerte.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je comprends la démarche prudentielle de notre collègue Jean-Jacques Jégou. Il voudrait que le comité d'alerte réagisse beaucoup plus vite qu'il ne le fait aujourd'hui. Un décret a fixé le seuil de déclenchement de l'alerte à 0,75 %, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que ce seuil ne pourra excéder 1 %. L'amendement présenté par M. Jégou tend, de son côté, à abaisser ce coefficient à 0,5 %.

Compte tenu des incertitudes qui pèsent sur l'élaboration de l'ONDAM – nous ne disposons pas de résultats consolidés pour l'année en cours –, il est apparu à la commission des affaires sociales qu'il serait sans doute prématuré de prévoir un déclenchement aussi rapide.

En revanche, si nous étions amenés à constater, à l'avenir, un dérapage systématique de l'ONDAM et donc à prendre, chaque année, des mesures d'équilibre, je crois qu'il y aurait effectivement lieu de réduire le pourcentage de manière à pouvoir déclencher plus précocement le mouvement d'alerte.

Il faut reconnaître que l'ONDAM 2008 a été peu ou prou respecté, le dépassement étant évalué à 3,3 %. (*M. Bernard Cazeau s'exclame.*) Le même taux est retenu pour les exercices futurs. Un point d'interrogation subsiste néanmoins : quel

sera l'effet de la conjoncture sur l'ONDAM 2009 ? Compte tenu des incertitudes, faut-il faire preuve d'une plus grande prudence et demander au comité d'alerte d'accroître sa vigilance ?

**M. Bernard Cazeau.** Oui !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** C'est au Gouvernement qu'il revient d'apprécier l'opportunité d'une telle décision. Nous attendons donc vos explications, madame la ministre. Ce n'est qu'après les avoir entendues qu'il conviendra peut-être d'inviter M. Jégou à retirer cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme M. le rapporteur, je partage la démarche prudentielle de M. Jégou.

Par le passé, des ONDAM trop optimistes avaient effectivement privé de sens la démarche prévue en 2004. Avec votre aide, mesdames, messieurs les sénateurs, nous nous sommes attachés à fixer un ONDAM réaliste.

Je ne voudrais pas qu'un abaissement du seuil de la procédure d'alerte conduise à un déclenchement intempestif de celle-ci.

**M. François Autain.** Permanent, même !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Effectivement, monsieur Autain, un déclenchement presque permanent...

Pour 2008, le comité d'alerte avait estimé le dépassement dans une fourchette comprise entre 500 et 900 millions d'euros. La marge d'incertitude était donc de 400 millions d'euros, soit 0,3 % de l'ONDAM. En abaissant le seuil d'alerte de 0,75 % à 0,50 %, nous serions véritablement dans la ligne de l'épure, dans la marge d'incertitude.

De plus, la procédure d'alerte, loin d'être neutre, est au contraire extrêmement lourde. Elle risque notamment de perturber la conclusion des accords conventionnels.

Enfin, lorsqu'un dérapage des comptes de l'assurance maladie survient, et même si l'alerte ne se déclenche pas, le Gouvernement et l'assurance maladie ne restent pas inactifs. Vous avez d'ailleurs pu constater qu'avec Éric Wœrth nous avons pris au mois de juillet des mesures extrêmement fortes pour ralentir le glissement des comptes par rapport aux prévisions.

Pour l'ensemble de ces raisons, je vous demanderai de bien vouloir retirer cet amendement, monsieur le sénateur.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 69 est-il maintenu ?

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Madame la ministre, nous sommes d'accord sur le fond. En revanche, s'agissant des conséquences de l'abaissement du seuil, la position de la commission des finances diffère quelque peu.

L'ONDAM 2009, comme l'a rappelé à l'instant M. le rapporteur de la commission des affaires sociales, est certes plus réaliste que certains qui l'ont précédé.

La réunion du comité d'alerte n'est, certes, pas neutre mais elle permet d'attirer l'attention de tous sur ce dépassement, y compris celle des responsables de la gestion paritaire des comptes de la sécurité sociale.

Quand on voit l'ampleur des déficits, la somme de 400 millions fait effectivement figure de variable d'ajustement. Mais, parfois, on passe bien des heures à débattre pour quelques dizaines de millions d'euros seulement !

Au travers de cet amendement, je souhaitais non pas perturber le système, mais simplement rendre le vote du Parlement plus efficace.

Madame la ministre, vous me dites que la lourdeur de la procédure pourrait rompre un certain équilibre dans les relations sociales. Je ne voudrais pas que nous conservions une divergence de vues sur un sujet qui n'a aucune incidence financière. Je ne bataille donc pas plus et je retire cet amendement. Nous resterons néanmoins vigilants en 2009.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je serai vigilante également !

**M. le président.** L'amendement n° 69 est retiré.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour explication de vote sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** Au fond, cet article pose la question de la construction de l'ONDAM. Chaque année, cet objectif essentiellement économique est présenté comme réaliste, alors que chacun sait qu'il ne sera pas respecté. C'est uniquement en fondant l'ONDAM sur des données médicales réalistes qu'il pourrait l'être. Voilà pourquoi cet article ne devrait rien changer au problème qui nous occupe.

En attendant, les dérapages persistent et nous manquons d'informations précises pour distinguer l'ONDAM de l'hôpital public de celui du secteur privé, notamment. Aujourd'hui, en effet, l'hôpital est attaqué et accusé d'être responsable des dérapages des dépenses de santé. Pourtant, le meilleur succès en matière de maîtrise médicalisée est à mettre au crédit de l'hôpital public, qui, en 2006 et 2007, a respecté les objectifs nationaux.

Derrière cette distinction public-privé, c'est le problème de la convergence tarifaire et de la répartition des missions entre hôpitaux qui est posé. Les cas pathologiques les plus lourds et les polyopathologies sont traités en grande majorité dans les hôpitaux publics.

Selon le rapport de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation, les hôpitaux soignent toutes les pathologies et effectuent 80 % de leur activité en traitant deux fois plus de pathologies différentes que les cliniques commerciales. En outre, les cinquante groupes de pathologies les plus légères sont pris en charge à 70 % par ces cliniques, alors que les cinquante groupes de pathologies les plus lourdes sont traités à même hauteur par les hôpitaux publics.

Les hôpitaux publics soignent la majorité des cas les plus sérieux tandis que les cliniques privées ont des coûts inférieurs en réduisant le nombre de prises en charge par le biais de groupes homogènes de malades.

Dans de telles conditions, la convergence tarifaire organise l'appauvrissement du secteur public. Un rapport se penchant sur ces questions-là nous serait donc plus utile que ce que vous proposez. C'est pourquoi nous voterons contre cet article.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Nous voterons bien sûr contre cet article. Mme Raymonde Le Texier a bien cerné les difficultés auxquelles nous sommes confrontés pour évaluer en connaissance de cause le poids de l'hôpital public et celui des cliniques privées. Nous sommes convaincus qu'il existe une certaine convergence des attaques. Après le rapport

rendu par la Cour des comptes et celui de notre collègue Alain Vasselle, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la MECSS, va prolonger ses travaux...

Si les établissements hospitaliers sont à l'origine de près de 50 % des dépenses d'assurance maladie, il est difficile de cerner véritablement la réalité de ces dépenses. Les charges de l'hôpital public et le rôle social qu'il remplit constituent l'une de nos préoccupations.

Les 1 300 établissements hospitaliers que compte notre pays connaîtront, de toute évidence, un processus de concentration ou, à tout le moins, d'optimisation de leurs moyens.

En outre, un certain nombre de grandes sociétés à dimension européenne occupent les créneaux les plus rentables. (*M. François Autain opine.*) Nous en reparlerons lors de l'examen, au printemps prochain, du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

En conclusion, nous voterons contre cet article, car nous refusons qu'on jette l'anathème sur l'hôpital public.

**M. François Autain.** Très bien !

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 32.

(*L'article 32 est adopté.*)

#### Article additionnel après l'article 32

**M. le président.** L'amendement n° 133, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 32, insérer un article ainsi rédigé :

Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi ainsi que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement revêt, pour notre groupe, une grande importance, puisqu'il vise à corriger une situation profondément inégalitaire et discriminatoire – et jugée comme telle par bien d'autres que nous –, dont sont victimes les quelque 7 000 médecins ayant obtenu leurs diplômes hors de France et hors de l'Union européenne, praticiens qui ont vu leur cycle d'études sanctionné par un diplôme de troisième cycle, le diplôme interuniversitaire de santé, ou DIS.

Notre amendement a pour objet de permettre aux médecins titulaires de ce DIS d'être dispensés des épreuves de vérification de la langue, comme le sont les titulaires du certificat de synthèse clinique et thérapeutique, le CSCT.

Comme l'a rappelé la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, la HALDE, que préside Louis Schweitzer, obliger les titulaires du DIS à passer les épreuves de vérification de la maîtrise de la langue française et des connaissances revient à les discriminer.

En effet, par une délibération en date du 6 novembre 2006, la HALDE a demandé que l'exonération du passage de l'examen de la nouvelle procédure d'autorisation soit étendue aux titulaires du CSCT, non concernés par la réforme, ainsi qu'aux titulaires du DIS, ces derniers pouvant se prévaloir de diplômes obtenus en France et sanctionnant un troisième cycle de médecine.

Cette requête de la HALDE ne doit pas rester lettre morte.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Monsieur Fischer, vous comprendrez aisément que la commission émette un avis défavorable sur cet amendement récurrent de votre groupe, qui tend à supprimer une disposition en faveur de laquelle nous avons tranché lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La mesure proposée par M. Fischer ne serait pas très équitable vis-à-vis des praticiens et des étudiants français, qui sont soumis un à *numerus clausus*. Aussi, il est tout à fait normal que les titulaires d'un DIS ou d'un diplôme d'études spécialisés, un DES, soient soumis à un tel processus, dans la mesure où ils n'ont pas fait valider leur diplôme de médecine.

Ceux qui souhaitent rester en France doivent se soumettre aux règles et aux procédures en vigueur et s'inscrire en conséquence dans le dispositif prévu.

Je voudrais insister sur un autre aspect de cette question, à savoir la fuite des cerveaux, que déplorent les pays dont sont originaires ces médecins.

J'assistais avant-hier, au Caire, à la Conférence euro-méditerranéenne pour la santé, dont l'objectif est le développement des partenariats Nord-Sud. Au cours du premier débat, consacré au renforcement des systèmes de santé, il a beaucoup été question de la fuite des cerveaux et de la juste répartition des diplômes entre le Nord et le Sud.

Or, monsieur Fischer, le dispositif que vous proposez va à l'encontre de ce que demandent les pays du Sud.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Je comprends fort bien les arguments de M. le rapporteur et de Mme la ministre et la nécessité de ne pas encourager la fuite des cerveaux, mais, au contraire, de répondre aux besoins des pays du Maghreb ou d'Afrique.

Néanmoins, j'avais pris soin de fonder mon amendement sur une décision de la HALDE, dont je croyais que les délibérations devaient être prises en compte.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Un certain nombre de personnes – tel est le sens de la délibération rendue par la HALDE – se sont inquiétées des conditions discriminatoires dans lesquelles se déroulait l'épreuve de français. C'est pourquoi le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires », qui sera prochainement soumis à votre examen, mesdames, messieurs les sénateurs, contient une

disposition visant à remédier à cette situation. En effet, il y avait des conditions discriminatoires dans le déroulement de l'épreuve de Français.

**M. Guy Fischer.** Dont acte !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Afin d'éviter certaines situations – et chacun sait, ici, ce à quoi je fais allusion –, l'épreuve de français sera supprimée pour être remplacée par un prérequis.

**M. Guy Fischer.** Compte tenu de ces explications, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Merci, monsieur Fischer !

**M. le président.** L'amendement n° 133 est retiré.

### Article 33

Après l'article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 183-1-3.* – Les unions régionales des caisses d'assurance maladie concluent avec chaque enseignant des universités titulaire ou non titulaire de médecine générale relevant de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale.

« Ces contrats prévoient des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention et à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que la participation à la permanence de soins. Ils sont approuvés, préalablement à leur signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

**M. le président.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** L'article 33, qui porte sur la rémunération des enseignants de médecine générale, prévoit que l'assurance maladie leur versera un complément de rémunération, sur la base d'un contrat qu'ils auront conclu avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie.

L'objectif est de rendre attractif le statut d'enseignant de médecine générale.

L'instauration d'une véritable filière universitaire de médecine générale est une demande récurrente depuis de nombreuses années. La médecine générale doit devenir une spécialité à part entière.

C'est une bataille équivalant à celle qui a été menée en faveur de la reconnaissance des urgences en tant que spécialité. Pour atteindre ce but, il aura fallu lutter contre nombre de conservatismes. Aujourd'hui, s'agissant de la médecine générale, une même détermination politique est nécessaire.

Nous sommes parfaitement informés sur les perspectives démographiques extrêmement sombres qui menacent l'accès aux soins. Nous savons aussi que, aujourd'hui, peu d'étudiants choisissent la spécialité de médecine générale. Celle-ci ne compte à l'heure actuelle aucun titulaire universitaire. À cet égard, les perspectives pour la rentrée de 2009 ne sont guère encourageantes.

Alors que le nombre d'étudiants connaît une croissance proportionnelle à celle, mécanique, du *numerus clausus*, le nombre d'enseignants associés, qui était déjà très bas, n'a pas augmenté dans les mêmes proportions.

Les enseignants associés sont la cheville ouvrière de l'internat de médecine générale. Au nombre de 130, ils doivent faire face, en cette rentrée, à une augmentation de 25 % de l'effectif des internes de troisième cycle, qui sont plus de 6 000 ! Le ratio enseignant-étudiant, déjà dix fois inférieur à celui des autres disciplines, va encore diminuer.

Une telle situation rend difficile l'organisation du stage de médecine générale en deuxième cycle. Or on estime que plus ces stages sont organisés précocement dans le cursus, plus ils peuvent susciter de vocations et participer à l'essor de la filière.

De la même façon, des effectifs aussi réduits ne permettent pas d'assurer l'encadrement des internes ni de constituer le jury de validation de leur diplôme spécialisé.

Au-delà des effets d'annonce, il est à craindre que, sans un important effort budgétaire, la filière ne connaisse pas le développement qu'elle mérite.

**M. François Autain.** C'est tout à fait exact !

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 230 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 183-1-3* – Les unions régionales des caisses d'assurance maladie fixent avec chaque enseignant des universités titulaires ou non titulaires de médecine générale relevant des dispositions de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation le montant de la rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale, en fonction de sa charge d'enseignement. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Comme vient de l'expliquer Mme Le Texier, il est important que la filière universitaire de médecine générale puisse être attractive.

Or l'article 33 du projet de loi aura pour conséquence de créer une situation particulière pour ces enseignants de médecine générale par rapport aux enseignants des autres disciplines. Ainsi, chacun des enseignants de médecine générale signera un contrat avec les URCAM. S'agissant d'un contrat individualisé, cela signifie que les conditions de rémunération pourront être discutées par ces caisses et que celles-ci auront la possibilité de les contester par la suite.

Il conviendrait au contraire de doter ces enseignants de médecine générale, qu'ils soient titulaires, non titulaires ou bien associés, d'un statut collectif et d'éviter que les URCAM n'interviennent en fonction de la perte d'activité de médecine générale à laquelle ces praticiens peuvent être confrontés.

C'est pourquoi je propose, à travers cet amendement, de laisser les URCAM fixer le montant de la rémunération, comme c'est le cas pour l'ensemble des praticiens hospitalo-universitaires spécialisés.

**M. le président.** L'amendement n° 16, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Ce contrat est conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cet amendement n'a pas pour objet de concilier les objectifs de MM. Barbier et Jégou, mais il devrait pouvoir y contribuer, si tant est que le Gouvernement ne s'y oppose pas.

L'article 33 du projet de loi prévoit que les enseignants en médecine générale bénéficient d'une rémunération complémentaire versée par l'assurance maladie. Cette rémunération, qui est liée à leur activité d'enseignement, a des contreparties, à savoir, comme l'a rappelé M. Barbier, leur engagement en faveur de la qualité des soins, sur le modèle des contrats individuels conclus entre l'assurance maladie et les médecins.

Le cahier des charges que je vous propose d'adopter devrait permettre de déterminer le montant de la rémunération en fonction de la situation des enseignants, qu'ils soient titulaires ou non, à temps complet ou à temps partiel, en précisant comment cette rémunération est répartie en fonction de l'activité d'enseignement et des objectifs de qualité.

**M. le président.** L'amendement n° 70, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après la première phrase du second alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 183-1-3 du code de la sécurité sociale, insérer une phrase ainsi rédigée :

Le versement de la rémunération complémentaire mentionnée au premier alinéa est subordonné à l'atteinte des objectifs fixés dans ces contrats.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** La commission des finances a estimé que le versement de la rémunération complémentaire aux enseignants de médecine générale devait être subordonné à l'atteinte des objectifs définis par les contrats prévus à l'article 33. C'est bien le moins !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 230 rectifié et 70 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je comprends et partage le souci exprimé par M. Barbier de traiter sur un pied d'égalité tous les professionnels de santé, à la fois ceux qui enseignent la médecine générale et ceux qui enseignent dans les spécialités.

Cependant, selon les informations dont je dispose, il semblerait que ceux qui enseignent dans les spécialités sont salariés et non libéraux, alors que ceux dont il est question à l'article 33 sont tous libéraux. Il paraît donc difficile, compte tenu de ces différences de statuts, d'adopter des mesures qui s'appliquent de façon identique aux uns et aux autres.

Cela dit, comme vous le soulignez à juste titre, nos concitoyens comprendraient mal pourquoi nous avons une exigence de résultats pour un enseignement qui concerne les libéraux alors que nous n'avons pas la même exigence pour les enseignants de spécialités sous prétexte qu'ils bénéficient d'un statut universitaire, qui relève de la fonction publique.

Sur ce point, votre amendement mérite une réponse du Gouvernement quant à la manière dont il entend répondre à cette préoccupation. Le cahier des charges pourrait constituer un moyen, dans la mesure où on « refile », si je puis dire, la responsabilité de sa définition au Gouvernement.

L'amendement n° 70 de M. Jean-Jacques Jégou s'inscrit dans l'esprit de la réforme de 2004, qui vise à s'assurer d'un minimum d'efficacité dans les activités d'enseignement et de médecine. Je conçois volontiers que l'on veuille aller plus loin que les dispositions prévues par le texte.

Mes chers collègues, si Mme la ministre répond à vos interrogations, je souhaite que vous retiriez vos amendements n°s 230 rectifié et 70, au profit de l'amendement n° 16 de la commission.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur ces trois amendements ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis favorable à l'amendement n° 16, qui vise à appliquer un contrat type aux enseignants de médecine générale.

Je tiens à dire à MM. Gilbert Barbier et Jean-Jacques Jégou que la structuration de la filière de médecine générale est un enjeu fondamental de l'organisation du système de soins. La démarche de valorisation de la médecine générale constitue une des conditions majeures d'une juste répartition démographique et d'une véritable qualité d'accès aux soins. Il est dès lors très important que le statut d'enseignant de médecine générale soit attractif et que le passage des praticiens libéraux vers la fonction d'enseignant titulaire puisse se faire, pour les premières générations, dans des conditions matérielles qui ne soient pas dissuasives et qui ne les conduisent pas à refuser de s'investir dans la formation de leurs jeunes confrères.

Ces positions de principe étant énoncées, et elles ne sont pas inutiles, j'en viens aux amendements.

L'amendement n° 230 rectifié vise à supprimer le contrat entre l'URCAM et l'enseignant de médecine générale, contrat dans lequel seront déterminés les engagements en matière d'activités de soins et de prévention ainsi que la rémunération complémentaire au paiement à l'acte.

Monsieur Barbier, cet amendement allant à l'encontre des objectifs du Gouvernement, je ne peux qu'y être défavorable.

M. Jean-Jacques Jégou souhaite conditionner le versement de la rémunération complémentaire à l'atteinte d'objectifs.

Comme je l'ai indiqué, le versement d'une indemnisation forfaitaire par le biais du contrat devrait sécuriser financièrement les enseignants-chercheurs, en particulier les chefs de clinique qui doivent constituer leur patientèle alors qu'ils n'exercent leur activité de soins qu'à temps partiel.

Je souhaite éviter toute confusion entre ce contrat et le contrat individuel qui est proposé par la CNAMTS à tous les médecins. Les objectifs de ces deux dispositifs sont fondamentalement différents.

En outre, les engagements réciproques qui sont inscrits dans le contrat des enseignants feront l'objet d'une rémunération régulière dans le temps alors que la rémunération qui est attachée au contrat individuel est évidemment annuelle.

Pour toutes ces raisons relatives au pilotage du dispositif, je vous serais très obligée de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable puisqu'il viendrait percuter la logique d'un système par ailleurs absolument indispensable.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote sur l'amendement n° 230 rectifié.

**M. Gilbert Barbier.** Mon amendement vise plutôt à aligner les enseignants de médecine générale sur les médecins spécialistes. En effet, on créerait une discrimination. À ma connaissance, on ne régule pas l'activité libérale des médecins spécialistes enseignants, qu'ils soient, ou non, hospitalo-universitaires, exerçant dans le secteur privé de l'hôpital.

Il suffit de rémunérer à leur juste valeur les enseignements que ces médecins vont faire en médecine générale pour ne pas créer deux sortes d'enseignants. Les enseignants de médecine générale vont se voir opposer des contrats individualisés par les URCAM, contrats qui pourront être discutés en fonction des résultats de chacun d'eux. Un tel dispositif n'existe pour aucune autre catégorie d'enseignants en médecine. Jamais on n'examine la qualité de l'enseignement, la manière dont il est dispensé dans les facultés et les universités.

Je souhaite donc que les enseignants de médecine générale soient traités sur un pied d'égalité et soient rémunérés comme les médecins spécialistes hospitalo-universitaires.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Barbier, les deux situations ne sont pas comparables. Il y a, d'un côté, des enseignants hospitalo-universitaires qui ne sont pas rémunérés à l'acte...

**M. Gilbert Barbier.** Si, lorsqu'ils exercent dans le secteur privé !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... et, de l'autre, des médecins de ville, des médecins libéraux qui, eux, sont rémunérés à l'acte, qui se constituent une patientèle et que nous invitons à exercer une activité complémentaire d'enseignant. On ne peut pas adopter la même démarche, car les situations sont profondément différentes.

Le dispositif que je vous propose prend acte de cette spécificité, sinon nous ne trouverons pas d'enseignants de médecine générale. Les enseignants que vous évoquez perçoivent un salaire.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 70 est-il maintenu ?

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Madame la ministre, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale offre des marges de progression. La performance et l'atteinte des objectifs me paraissent pouvoir être largement améliorées.

L'amendement de M. Vasselle pouvant satisfaire celui que je viens de présenter, je le retire, bien que Mme Bachelot-Narquin n'a pas complètement répondu à ma question.

**M. le président.** L'amendement n° 70 est retiré.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Monsieur Barbier, la commission ne peut pas vous suivre. Vous n'avez certes pas tort, mais, à ce stade, l'amendement ne peut pas être rectifié.

Toutefois, en qualité de rapporteur, je m'engage à examiner, avec M. le président de la commission des affaires sociales, les moyens d'améliorer la situation. Nous le ferons non pas en alignant le statut des enseignants de médecine générale sur celui des enseignants hospitalo-universitaires, mais à l'inverse, en alignant le statut des enseignants hospi-

talo-universitaires sur les dispositions de l'article 33. Les enseignants hospitalo-universitaires seront alors, eux aussi, soumis à une obligation de résultat. Nous sommes bien entendu tout disposés à examiner ce dossier avec vous.

Fort de cet engagement, je souhaite que vous acceptiez de retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement n° 230 rectifié est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Compte tenu des observations de M. le rapporteur, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 230 rectifié est retiré.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 16.

**M. François Autain.** En ce qui concerne la spécialité de médecine générale, le Gouvernement a tout fait à l'envers. Il a créé une spécialité sans mettre en œuvre les moyens permettant aux étudiants de suivre leurs études. C'est le Sénat qui, sur l'initiative de notre ancien collègue M. Francis Giraud, a remédié à cette carence en créant la filière que le Gouvernement avait oublié de mettre en place.

**M. Guy Fischer.** Et voilà !

**M. François Autain.** De là à penser que la spécialité a été créée uniquement pour des questions de rémunération, il y a un pas, que je me garderai bien sûr de franchir.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cela vous honore !

**M. François Autain.** Aujourd'hui, cette spécialité existe. Encore faut-il la mettre en œuvre ! Dans ce domaine, nous avons un grand retard. Comme l'a rappelé une de nos collègues socialistes, il n'y a que 120 enseignants associés, ce qui est très insuffisant, et notre pays compte en tout et pour tout quinze chefs de clinique, soit même pas un par région. Ces chiffres montrent l'ampleur du retard qui a été accumulé.

Tout doit être mis en œuvre pour rémunérer convenablement les enseignants à temps partiel qui s'engagent dans cette voie.

Je voterai donc l'article 33 et l'amendement n° 16 de la commission, car ce dispositif peut contribuer à accroître le nombre des praticiens volontaires pour enseigner la médecine générale.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 16.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 33, modifié.

*(L'article 33 est adopté.)*

### Articles additionnels après l'article 33

**M. le président.** L'amendement n° 135, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le cinquième alinéa (3°) de l'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé ».

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** L'article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale a trait aux relations qu'entretiennent les organismes d'assurance maladie avec les masseurs-kinésithérapeutes.

Avec cet amendement, nous proposons que les masseurs-kinésithérapeutes, en échange de la formation universitaire dont ils ont bénéficié dans les établissements publics de santé, réalisent, une fois diplômés, une période minimale d'exercice professionnel au sein de ces établissements.

Inspiré du mécanisme mis en place pour les infirmières, il nous paraît être de nature à corriger une situation qui pénalise de fait les établissements publics de santé qui se voient parfois concurrencer par les praticiens qu'ils ont contribué à former. Nous voulons donc introduire plus de morale dans ce dispositif. J'ajoute que les instituteurs formés dans les écoles normales étaient soumis à un dispositif comparable puisqu'ils s'engageaient à travailler pendant dix ans pour l'État.

Cet amendement présente également l'avantage d'assurer aux malades un accès à un masseur-kinésithérapeute au sein du secteur public, à un tarif moindre que ceux qui sont pratiqués dans le secteur privé.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** M. Fischer soulève une vraie question concernant les kinésithérapeutes. Il appartient davantage au Gouvernement de répondre sur les mesures qui pourraient être prises à ce sujet.

En l'état actuel du texte, on ne peut retenir votre proposition, monsieur Fischer. C'est une réponse d'un autre ordre, dans un autre texte qui pourrait vous être apportée.

Seul le Gouvernement peut vous fournir des précisions pour vous inciter à retirer cet amendement. S'il n'était pas retiré, la commission émettrait un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, le code de la sécurité sociale ne s'oppose absolument pas à votre démarche, qui peut même être considérée comme souhaitable.

Mais il faudrait un minimum de concertation et de dialogue entre les caisses, les professions de masseurs-kinésithérapeutes et les organisations représentatives. Votre démarche est un peu violente.

**M. Guy Fischer.** Oh !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Elle néglige le nécessaire dialogue entre ces professions et les caisses.

Je vous propose donc de retirer votre amendement, auquel je suis défavorable.

**M. le président.** Monsieur Fischer, l'amendement n° 135 est-il maintenu ?

**M. Guy Fischer.** Comme vous l'avez compris, il s'agit aussi d'un amendement d'appel.

Cependant, il faut clarifier la situation, bonifier cette formation. À l'heure actuelle, nous sommes confrontés à un certain nombre de difficultés pour les recrutements et la présence de masseurs-kinésithérapeutes dans les établissements publics. Aussi, il me semble nécessaire, madame la ministre, que votre ministère – et j'aimerais vous l'entendre dire – engage des négociations pour changer les comportements. *(Mme Annie David acquiesce.)*

À partir de là, nous pourrions fonder des décisions. Il est légitime qu'après une période probatoire permettant à la fois d'asseoir une formation et de diversifier des expériences en établissement on puisse exercer en cabinet. Or, aujourd'hui, l'intérêt immédiat est de pouvoir exercer en cabinet directement.

Nous avons le souci de bonifier cette formation et de préserver l'intérêt général. Nous aimerions que ces préoccupations soient partagées ! Le sont-elles, madame la ministre ?

**M. le président.** Monsieur Fischer, qu'advient-il de votre amendement ?

**M. Guy Fischer.** Si Mme la ministre peut m'en dire un peu plus, je le retirerai.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'ai indiqué ma bienveillance envers cette démarche, que j'ai d'ailleurs saluée pour les infirmières. Il n'y a donc pas d'opposition idéologique de ma part. Mais je souhaite que cette démarche relève du dialogue entre les caisses et les professionnels. Or, pour l'instant, les discussions n'ont pas commencé. J'en appelle donc à ce dialogue.

**M. Guy Fischer.** Mais il ne faudrait pas qu'il dure trop longtemps. Nous souhaitons que vous mettiez...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... mon poids ? (*Sourires.*)

**M. Guy Fischer.** Ah, je n'ose pas le dire ! D'ailleurs, je ne l'ai pas dit ! (*Nouveaux sourires.*)

Quoi qu'il en soit, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n°135 est retiré.

L'amendement n° 275 rectifié, présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontés, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent. »

La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Cet amendement a pour objet de compléter ou de préciser l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale relatif à la mise sur le marché des nouveaux médicaments. Il s'agit d'évaluer de manière plus précise l'efficacité des nouveaux médicaments dans ce qu'il est convenu d'appeler l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu, l'ASMR.

Or, actuellement, les études montrent que, dans le cadre de l'évaluation des nouveaux médicaments, 50 % des tests de comparaison se font uniquement avec des placebos. L'efficacité du médicament ne repose donc pas sur des preuves suffisamment tangibles.

Par ailleurs, en ce qui concerne la mise sur le marché des nouveaux médicaments, en 2007, une étude a démontré que 80 % de la croissance du marché est due à des médicaments de moins de trois ans. On voit donc l'incidence du dispositif concernant les nouveaux médicaments.

Enfin, en précisant de nouveau cet article, on se conformerait plus facilement aux recommandations de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Cela aurait bien entendu, je le répète, une incidence profonde lors de l'arrivée des médicaments sur le marché, sur le plan économique, puisque l'amélioration supposée du médicament conditionne son prix, mais également son admission au remboursement.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cet amendement, dont le premier signataire est Mme Le Texier, m'interpelle, notamment pour l'un des arguments avancés dans son exposé des motifs et aux termes duquel, actuellement, l'appréciation du service médical rendu est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et, dans moins de la moitié des cas, sur une comparaison avec des comparateurs.

Certains de nos concitoyens non initiés à ces sujets relativement techniques peuvent se demander pourquoi, dans certains cas, on ne compare qu'au placebo et, dans d'autres, on éprouve le besoin de comparer à des comparateurs.

Vous voudriez, monsieur Mirassou, que l'on compare systématiquement à des comparateurs. Dans un souci de sécurité, on pourrait adhérer à votre démarche, mais cela n'irait peut-être pas sans poser d'autres problèmes que j'ignore. C'est pourquoi j'aimerais entendre le Gouvernement. Au vu de son avis, peut-être accepterez-vous de retirer votre amendement, car on ne peut adopter une disposition aussi importante au détour d'un amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La notion d'amélioration du service médical rendu permet de concentrer les remboursements sur les thérapies les plus innovantes.

Mais, parlons concrètement. Mener une démarche de comparaison avec une molécule existante prend quatre ou cinq ans.

**M. François Autain.** Effectivement !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Lorsqu'un médicament est commercialisé, quatre ou cinq mois après, une autre molécule apparaît. Comment voulez-vous que l'on puisse mener cette démarche de comparaison alors que cette nouvelle molécule peut être plus intéressante pour les malades et/ou moins chère ?

C'est une bonne idée apparemment, mais, en fait, dans la pratique, elle est soit inapplicable, parce qu'elle entraîne des procédures extrêmement longues, soit même fortement pénalisante pour le malade. Je vous propose donc de ne pas la retenir, même si elle part d'un bon sentiment.

**M. le président.** Monsieur Mirassou, l'amendement n° 275 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Jacques Mirassou.** La justification de l'amendement est bien sûr de prendre en compte l'intérêt du malade mais aussi, d'une certaine manière, de stimuler l'industrie pharmaceutique dans le choix de ses comparatifs. Très franchement, madame la ministre, je ne suis pas sûr que l'industrie pharmaceutique fasse preuve de bonne volonté.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Elle compare toujours ses molécules !

**M. le président.** Monsieur Mirassou, qu'advient-il de votre amendement ?

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Je le maintiens, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Nous soutiendrons cet amendement, d'autant plus qu'il est voisin d'un amendement que nous avons déposé et qui sera examiné ultérieurement.

Je ne suis pas tout à fait d'accord avec l'explication donnée par M. le rapporteur. Je souhaiterais rappeler une distinction.

Des essais cliniques préalables sont effectués avant la mise sur le marché. Nous y sommes favorables et la commission sénatoriale, dans son rapport intitulé « Médicaments : Restaurer la confiance », proposait de rendre obligatoires les essais cliniques comparant le médicament avec une référence. D'ailleurs, comme l'a rappelé notre collègue, la MECSS de l'Assemblée nationale a aussi, parmi ses propositions, cette exigence d'essais comparatifs avant la mise sur le marché.

En l'occurrence, cet amendement concerne l'étape suivante,...

**M. Nicolas About, président de la commission.** Oui, il s'agit de la phase 4, après la mise sur le marché.

**M. François Autain.** ... c'est-à-dire lorsqu'un médicament a reçu une autorisation de la part de la commission d'autorisation de mise sur le marché et est transmis à la commission de la transparence de la Haute autorité de santé, la HAS.

Cette commission de la transparence pourrait effectivement avoir des éléments beaucoup plus concrets et susceptibles de la renseigner si elle bénéficiait d'essais cliniques comparatifs effectués avant la mise sur le marché et le dépôt de la demande d'autorisation à la commission d'autorisation de mise sur le marché.

Or, aujourd'hui, ce n'est pas le cas. Nous sommes même en contradiction avec la déclaration d'Helsinki signée par la France et préconisant que tout médicament doit faire l'objet d'essais comparatifs.

Ces essais comparatifs sont bien entendu refusés par l'industrie pharmaceutique parce qu'ils coûtent trop cher et allongent considérablement le temps entre la découverte de la molécule – d'autant plus qu'on découvre de moins en moins de molécules nouvelles – et la mise sur le marché.

Il y a là un arbitrage à faire entre l'intérêt des laboratoires, de l'industrie pharmaceutique, d'une part, et l'intérêt des patients, d'autre part. Je ne vous le cache pas, madame la ministre, je place l'intérêt des patients avant l'intérêt de l'industrie pharmaceutique.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Moi aussi !

**M. François Autain.** Je n'ai pas dit le contraire !

C'est la raison pour laquelle je voterai l'amendement proposé par le groupe socialiste.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** La vie d'un médicament est une grande et longue histoire. On ne peut pas se lancer dans une telle étude uniquement entre la mise sur le marché et l'obtention du prix ! Ce n'est pas très sérieux !

Bien entendu, les laboratoires, qui sont tout de même des entreprises très sérieuses, ont déjà procédé à un certain nombre d'études comparatives, le scanning a été fait, pour savoir si le médicament avait une chance d'être actif et pour déterminer sa place par rapport à d'autres molécules.

**M. François Autain.** Ça n'a rien à voir !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Vous demandez qu'une fois l'autorisation de mise sur le marché obtenue...

**M. François Autain.** Avant !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Non, c'est bien une fois le prix déterminé, mais avant le remboursement autorisé, que vous demandez la réalisation de ces études.

Mme la ministre vous a parfaitement répondu. Si deux molécules sortent en même temps, c'est retarder de nombreuses années, et pas seulement de quelques mois, la possibilité de les utiliser ! Que l'on puisse y réfléchir au cours de la vie du médicament,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est possible !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** ... c'est effectivement tout à fait possible. Des études de ce type ont déjà eu lieu. Mais on ne peut pas les imposer entre l'obtention du prix et le remboursement. Ce n'est pas crédible. Vous allez tuer l'industrie pharmaceutique française (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste*)...

**Mme Raymonde Le Texier.** Pas de souci !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** ... et la recherche ! En adoptant ce type d'amendement, vous mettez à bas l'industrie pharmaceutique.

**M. Alain Gournac.** Eh oui !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Excusez-moi, j'y ai passé quelques années et je peux vous dire que cet amendement ne tient pas.

**M. Dominique Leclerc.** Effectivement ! C'est de la provocation !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** En revanche, qu'il y ait des études plus tard, pour suivre la vie de ce médicament, pourquoi pas ? C'est même nécessaire.

**M. le président.** La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

**M. Gilbert Barbier.** À travers cet amendement, on bouleverserait totalement l'économie du médicament dans notre pays.

**M. François Autain.** Oh là là !

**M. Gilbert Barbier.** C'est d'ailleurs peut-être ce que souhaitent un certain nombre d'entre nous.

Jusqu'à présent, dans la présentation d'un médicament, nous n'avons pas le droit de présenter des comparatifs avec d'autres médicaments. Lorsque les visiteurs médicaux présentent leur produit,...

**M. François Autain.** Ils en font la promotion !

**M. Gilbert Barbier.** ... ils ne peuvent pas dire que celui-ci est meilleur que le produit voisin ou le produit concurrent.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Ils le font !

**M. Gilbert Barbier.** Ils n'ont pas le droit de le faire : c'est interdit ! (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste.*)

En outre, si on conteste cette affaire, cela signifie que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de la santé, qui fait un travail important...

**M. François Autain.** On en reparlera !

**M. Gilbert Barbier.** Monsieur Autain, nous avons voté la transparence et l'intégrité des experts ! Contester cette affaire, disais-je, revient à mettre en cause le travail de cette agence.

En matière de comparatifs, on peut aussi aller plus loin : pourquoi se contenter de comparer un médicament avec un autre médicament et ne pas le comparer avec d'autres formes thérapeutiques ?

**M. François Autain.** Bien sûr !

**M. Gilbert Barbier.** Le problème est bien trop complexe pour être tranché par le biais de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je souscris totalement aux propos de mes collègues et confrères MM. Barbier et About. J'ajouterai simplement que, généralement, il existe plusieurs formules médicamenteuses ayant la même action, mais que les malades, eux, réagissent différemment selon les molécules. Ne nous privons pas de cela également !

**M. François Trucy.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou, pour explication de vote.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Si un médicament peut avoir un effet différent selon les malades, c'est encore plus vrai s'il a été testé par rapport à un placebo !

**M. François Autain.** Il y a des placebos qui marchent et d'autres qui ne marchent pas !

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Notre but, à travers cet amendement, n'est pas de mettre en péril l'industrie pharmaceutique française, rassurez-vous : il s'agit simplement de dépoussiérer un peu le dispositif.

J'ajoute que ceux-là même qui nous expliquent que l'on perdrait du temps en affichant une procédure plus complexe ont retiré toute une panoplie de médicaments tels qu'ils étaient prescrits depuis au moins vingt-cinq ou trente ans.

**M. François Trucy.** Cela n'a rien à voir !

**M. Jean-Jacques Mirassou.** L'argument ne tient donc pas. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 275 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président.** L'amendement n° 437, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés à l'alinéa précédent sont considérés par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, comme

n'apportant aucune amélioration du service médical rendu, le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale ne les inscrit pas ou procède sans délai à leur retrait de la liste visée au premier alinéa. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Si vous le permettez, monsieur le président, je présenterai en même temps les amendements n°s 438 et 138, dont l'objet est similaire bien que les modalités proposées soient différentes.

**M. le président.** J'appelle donc en discussion les amendements n°s 438 et 138.

L'amendement n° 438, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés à l'alinéa précédent sont considérés par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, comme n'apportant aucune amélioration du service médical rendu, leur prix ne peut être supérieur à celui du générique du médicament de référence. »

L'amendement n° 138, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que s'il a fait la preuve de sa supériorité au cours d'essais cliniques le comparant aux traitements de référence en usage. »

Veuillez poursuivre, mon cher collègue.

**M. François Autain.** Ces trois amendements visent d'abord à faire réaliser des économies à l'assurance maladie, et j'espère que, sur ce point, ils emporteront l'adhésion du rapporteur, M. Vasselle, qui est toujours très soucieux des deniers de l'assurance maladie. Ils visent ensuite à améliorer la sécurité d'emploi des médicaments, pour le plus grand bénéfice des malades.

Il me semble qu'il n'est pas inutile de commencer par indiquer quelques chiffres concernant la dépense de médicaments.

En 2007, les dépenses de médicaments se sont élevées à 33,4 milliards d'euros : ce n'est pas négligeable, puisque cela constitue 21 % de la consommation médicale totale.

La France – faut-il le rappeler ? – est le pays européen où la dépense de médicaments par habitant est la plus élevée. Elle croît, en valeur, plus vite que les autres dépenses : 5 % par an en moyenne, si l'on excepte l'année 2006, où elle n'a augmenté que de 1 %.

Ces dépenses ont plus que doublé depuis 1990. En douze ans, de 1995 à 2007, leur part, dans la consommation médicale totale, est passée de 18,5 % à 21 %.

Quand on examine le projet de loi de financement de la sécurité sociale, il est toujours difficile de se faire une idée précise de la part des dépenses de médicaments

dans les dépenses de santé parce que, malheureusement, elles ne bénéficient pas d'une sous-enveloppe au sein de l'ONDAM, au contraire des dépenses d'hospitalisation : celles-ci, étant individualisées, sont stigmatisées à la fois par le Gouvernement et par la majorité alors qu'elles n'augmentent pas plus vite, voire qu'elles augmentent moins vite que les dépenses de médicaments. C'est pourquoi il me semble nécessaire de porter de temps en temps notre attention sur ces dépenses de médicaments.

On observe ainsi que, chaque année, 70 % des nouveaux médicaments mis sur le marché sont de fausses innovations n'apportant aucune plus-value thérapeutique par rapport à l'arsenal thérapeutique déjà existant.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Peut-être sont-ils mieux supportés ?

**M. Gérard Dériot**. C'est tous les ans la même chose !

**M. François Autain**. Les nouveaux médicaments se substituent en fait à des produits déjà disponibles, et ce en raison de la tendance particulièrement marquée dans notre pays qu'ont les médecins, sous l'influence des laboratoires et de leurs visiteurs médicaux, à reporter leurs prescriptions sur les médicaments les plus récents et les plus onéreux. Ce glissement s'opère au détriment des molécules plus anciennes, souvent génériquées, qui, bien entendu, sont aussi moins chères, donc plus efficaces, et, de surcroît, mieux évaluées du fait de leur ancienneté, ce qui assure aux patients une meilleure sécurité d'emploi.

L'Assemblée nationale, dans un point d'information récent puisqu'il est daté du 13 mars dernier, fait état qu'en 2007 les médicaments mis sur le marché depuis 2005, c'est-à-dire ayant trois années d'ancienneté, et n'offrant pas ou offrant peu d'amélioration du service médical rendu – c'est-à-dire ASMR de niveau IV ou V, dans le jargon des experts – ont représenté pour l'assurance maladie une dépense supplémentaire de l'ordre de 270 millions d'euros par rapport à 2006, contribuant ainsi à près de la moitié de la hausse totale des dépenses de médicaments de l'année.

Si ces fausses innovations n'étaient plus prises en charge par l'assurance maladie, celle-ci pourrait réaliser des économies sans dommage – au contraire ! – pour les patients. Tel est l'objet de l'amendement n° 437.

L'amendement n° 438 peut être considéré comme un amendement de repli, au cas...

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Fort improbable !... (*Sourires.*)

**M. François Autain**. ... fort improbable où l'amendement n° 437 ne serait pas adopté.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Mais ils sont satisfaits, vos amendements !

**M. François Autain**. Contrairement à l'amendement n° 437, il ne tend pas à ce que ces nouveaux médicaments ne soient plus remboursés. Notre but n'est pas de mettre les laboratoires en faillite !

À ce sujet, je dois tout de même rappeler que le rendement financier des laboratoires est plus proche de 20 % que de 10 % et qu'en ces temps de crise ils ont remarquablement résisté : ils figurent parmi les valeurs qui ont le mieux tenu – signe que leur mode de financement en fait des valeurs refuges fort appréciées des actionnaires.

Il s'agit donc ici non plus de les retirer de la liste des médicaments remboursables, mais de les traiter comme les génériques des médicaments auxquels ils ont été comparés

par la commission de la transparence et d'en tirer bien sûr toutes les conséquences pour les prix, le prix du générique étant évidemment inférieur à celui des spécialités.

Enfin, l'amendement n° 138 est, en effet, très comparable à celui qu'avaient déposé nos amis socialistes.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Il est intarissable !

**M. François Autain**. Il est conforme aux recommandations de la mission sénatoriale d'information – dont le président, M. Barbier, qui est certainement très sensible à cette question des essais comparatifs, était encore parmi nous il y a un instant –, à la proposition n° 6 du rapport de la MECSS et, enfin, à l'article 29 de la déclaration d'Helsinki, que la France a signée. Ce dernier texte précise à propos des nouvelles méthodes thérapeutiques, qui englobent donc non seulement les médicaments, mais aussi les autres moyens susceptibles de soigner un malade : « Les avantages, les risques, les contraintes et l'efficacité d'une nouvelle méthode doivent être évalués par comparaison avec les meilleures méthodes diagnostiques, thérapeutiques ou de prévention en usage. Cela n'exclut ni le recours au placebo ni l'absence d'intervention dans les études pour lesquelles il n'existe pas de méthode diagnostique, thérapeutique ou de prévention éprouvée. »

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

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur*. Les amendements n°s 437 et 438 sont des amendements de bon sens, et j'imagine difficilement qu'ils ne soient pas déjà pris en considération.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ils le sont tous !

**M. François Autain**. Non !

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur*. Selon les informations que je possède, ils sont déjà pris en compte puisque le Gouvernement, à deux reprises successives, a sollicité l'avis de la Haute Autorité de santé pour agir sur le prix et sur la prise en charge des médicaments visés.

Les dispositions réglementaires et législatives actuelles répondent donc à vos interrogations, tout à fait légitimes, dont le Gouvernement, avec le bon sens qui l'anime, se préoccupe assez régulièrement.

Quant à l'amendement n° 138, vous comprendrez, monsieur Autain, que je ne puisse pas lui réserver d'autre sort que celui qu'a connu l'amendement n° 275 rectifié défendu par M. Mirassou.

**M. François Autain**. Oui, sinon les socialistes ne comprendraient pas, j'en suis bien d'accord !

**M. Alain Vasselle**, *rapporteur*. La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Je considère avoir déjà indiqué, en répondant à M. Mirassou à propos d'un amendement précédent, les raisons pour lesquelles je suis défavorable à l'amendement n° 138 portant sur l'obligation d'essais cliniques contre comparateurs.

Je ne partage pas la logique de l'amendement n° 437, qui vise à ne plus inscrire sur la liste des médicaments remboursables ceux qui ne bénéficient pas d'amélioration du service médical rendu, car ces médicaments, s'ils peuvent avoir un service médical rendu effectivement moindre,...

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Ils peuvent présenter moins d'inconvénients ! C'est même à cela qu'ils servent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. ... viennent néanmoins compléter l'offre thérapeutique existante.

Les médecins – et c'est bien heureux, comme on le constate pour des malades chroniques, pour le traitement de l'hypertension artérielle... – ne sont pas obligés de prescrire en première intention la thérapeutique la plus efficace et la plus coûteuse ! Pour autant, ces médicaments peuvent constituer une possibilité supplémentaire pour certains groupes de patients qui, par exemple, ne supporteraient pas ces thérapeutiques, y seraient allergiques... Bien évidemment, nous veillons à ce que ces produits n'induisent pas de coût supplémentaire pour l'assurance maladie, ce qui explique que leur inscription soit subordonnée à l'existence d'un gain par rapport au coût des alternatives thérapeutiques disponibles.

Il est très important, pour traiter les malades, de disposer d'une palette de thérapeutiques, et je pense que M. Autain, qui a lui-même exercé la médecine générale,...

**M. François Autain**. C'était il y a si longtemps !...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. ... ne prescrivait pas en première intention systématiquement les médicaments les plus lourds et les plus efficaces.

**M. François Autain**. Cela n'avait rien avoir avec la situation d'aujourd'hui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, *ministre*. Ce n'est pas la réponse de la pharmacienne au médecin (*Sourires*), mais bien celle du ministre à un sénateur !

Enfin, l'amendement n° 438 tend à inscrire au remboursement au prix du générique du médicament de référence les médicaments ne bénéficiant pas d'une ASMR. Je dois reconnaître que, lorsqu'il s'agit d'un médicament développé pour contourner la prochaine généralisation d'un médicament comparable, il est légitime que le Comité économique des produits de santé, le CEPS, applique une décote afin d'aligner le prix du nouveau médicament sur celui des génériques existants. Dans les autres cas, cependant, on peut se demander quelle serait la spécialité de référence, et le CEPS fait ce travail en mesurant l'économie attendue. Je ne peux donc pas, monsieur le sénateur, souscrire à votre amendement.

Je suis donc au regret d'émettre, pour des raisons différentes, un avis négatif sur les trois amendements.

**M. le président**. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 437.

**M. François Autain**. Madame la ministre, je me suis sans doute mal exprimé. Vous faites référence à des médicaments qui pourraient avoir un intérêt pour le malade. Or, en l'occurrence, il s'agit d'appliquer la réglementation. Sont concernés par cet amendement les médicaments classés ASMR V par la commission de la transparence, c'est-à-dire ceux dont elle considère qu'ils n'apportent pas d'amélioration du service rendu.

L'article R. 163-5 du code de la sécurité sociale dispose que ces médicaments ne sont pas remboursés, excepté s'ils permettent de faire réaliser une économie à la sécurité sociale.

Moi aussi, je pensais que cet article du code de la sécurité sociale était appliqué. Je ne reviendrai pas sur la note de la sécurité sociale nous apprenant que l'essentiel de l'aug-

mentation des dépenses pour 2007 provient pour 45 % des médicaments classés ASMR V, c'est-à-dire précisément ceux qui devraient permettre de réaliser des économies !

S'ils sont mis sur le marché, c'est précisément parce qu'ils sont moins chers. Intrigué par cette situation, je vous avais posée, madame la ministre, une question écrite très précise au mois de mai dernier.

**M. François Trucy**. C'est un monologue !

**M. François Autain**. Certes, je vous demandais un travail considérable et je reconnais que ma question n'était pas simple, mais vous ne m'avez pas répondu. (*Exclamations sur les travées de l'UMP*)

**M. Dominique Leclerc**. Si la question avait été claire...

**M. François Autain**. Je profite de votre présence aujourd'hui pour vous interroger de nouveau : quel est le montant des économies réalisées par l'assurance maladie au cours des cinq années écoulées grâce à l'application de cette réglementation ?

Je suis d'autant plus inquiet que je me suis aperçu qu'un antiépileptique, le Lyrica, a été mis sur le marché – comme si on manquait d'antiépileptiques ! – alors qu'il est deux fois plus cher que les traitements déjà en vente. Or ce médicament n'apporte absolument aucune amélioration ni aucun progrès par rapport aux actuels traitements thérapeutiques.

**Mme Marie-Thérèse Hermange**. Si vous aviez des problèmes, vous seriez heureux d'avoir ce médicament !

**M. François Autain**. J'ai posé la question au directeur de la sécurité sociale lorsqu'il a été auditionné par la commission des affaires sociales, et il n'a évidemment pas su ou pas voulu me répondre. Vous le savez comme moi, la direction de la sécurité sociale fait partie du CEPS, qui fixe le prix des médicaments.

Il y a donc énormément d'opacité dans les modalités de fixation du prix des médicaments, et c'est d'ailleurs pourquoi j'ai déposé un amendement visant à rendre plus transparentes les délibérations du CEPS.

Aussi, madame la ministre, votre réponse ne saurait me satisfaire : elle est complètement à côté de la plaque !

**M. Gilbert Barbier**. Les médicaments, c'est complexe !

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 437.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 438.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président**. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**M. le président**. L'amendement n° 276 rectifié, présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Champion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La Haute Autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration

du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Cet amendement s'inscrit dans la logique de celui que j'ai présenté précédemment.

Il prévoit tout simplement que la Haute Autorité de santé tienne à jour, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications.

La hiérarchisation de l'amélioration du service médical rendu est un moyen objectif, pour le corps médical, d'avoir un référent beaucoup plus pertinent, à la fois sur le plan de l'efficacité thérapeutique et sur le plan économique, notamment en ce qui concerne le coût des médicaments.

Cette mesure permettrait également au corps médical d'être parfois un peu moins interdépendant des préconisations effectuées par les laboratoires pharmaceutiques.

Il serait urgent, madame la ministre, que vous évaluiez de manière rapide les moyens dont dispose la Haute Autorité de santé afin de traduire au niveau législatif ces préconisations.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Nos collègues veulent presser le mouvement.

La base de données des médicaments qui est cours de constitution devrait vous donner satisfaction, mais à chaque jour suffit sa peine !

Sur la base des garanties que vous apportera le Gouvernement, je vous demande, monsieur Mirassou, de bien vouloir retirer cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le classement des médicaments par niveau d'amélioration du service médical rendu aurait pour effet pervers que les prescripteurs viendraient immédiatement se fixer sur la spécialité ayant le service médical rendu le plus élevé, ce qui, je l'ai dit voilà un instant, n'est pas forcément la bonne démarche thérapeutique adaptée à chaque prise en charge de malade.

**M. François Autain.** C'est le pharmacien qui parle !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Par ailleurs, j'ai lancé un travail collaboratif visant à la constitution d'un portail commun aux institutions publiques qui établissent des données sur les médicaments.

Le ministère de la santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, la Haute Autorité de santé, l'assurance maladie et, dans les prochaines semaines, les professionnels de santé pourront, grâce à ce portail, disposer de l'ensemble des informations publiques sur les médicaments : résumé des caractéristiques du produit, avis de transparence, taux de remboursement, prix, recommandation, référentiel, alerte, répertoire des génériques.

De surcroît, la Haute Autorité de santé doit certifier les logiciels d'aide à la prescription. Il est évident que les notions d'amélioration de service médical rendu sont parmi les informations devant obligatoirement figurer dans ces logiciels.

Comme l'a souligné M. le rapporteur, nous sommes donc en train de faire un très gros travail d'information, qui répond à vos légitimes préoccupations, monsieur le sénateur.

**M. le président.** Monsieur Mirassou, l'amendement n° 276 rectifié est-il maintenu ?

**M. Jean-Jacques Mirassou.** Loin de moi l'idée de nier le travail effectué par le ministère !

Cependant, je n'apprendrai rien à personne en disant que la prescription d'une thérapeutique résulte toujours de la confrontation singulière entre le malade et son praticien, seul habilité à savoir quel est en première intention le traitement qu'il convient d'adopter.

Cet amendement a le mérite d'avoir une approche pertinente et précise de la hiérarchisation de l'efficacité de tel ou tel médicament. C'est la raison pour laquelle je le maintiens.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Il s'agit d'un excellent amendement, et nous le voterons.

L'année dernière, le Sénat avait adopté un amendement visant à créer une base publique de données, laquelle aurait permis, entre autre chose, au médecin d'avoir des informations absolument indispensables, non pour qu'il prescrive systématiquement des ASMR de niveau I, II, III ou IV, mais pour qu'il soit au moins informé de la valeur accordée au médicament par la commission de la transparence. Cela me paraît être la moindre des choses !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est ce que nous faisons !

**M. François Autain.** Or, actuellement, le médecin n'a pas de tels moyens à sa disposition.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il va les avoir !

**M. François Autain.** Lorsque les logiciels d'aide à la prescription seront répandus, ces renseignements y figurent peut-être. En tout cas, je l'espère.

Pour le moment, les médecins n'ont pas accès à cette information *via* les bases de données qui sont toutes privées – je pense, en particulier, au dictionnaire Vidal –, ce qui est regrettable.

Par ailleurs, je déplore qu'un amendement ayant le même objet que celui que j'avais déposé l'année dernière sur la banque de données publique ait été refusé au titre de l'article 40 de la Constitution. Les voies de l'article 40 sont impénétrables ! J'ignore toujours pour quelle raison cet amendement a été déclaré irrecevable.

Je comprendrais mal, alors que le Sénat avait adopté l'an dernier un amendement visant à créer une base de données publique, qu'il refuse aujourd'hui cet amendement qui va beaucoup moins loin mais qui est frappé au coin du bon sens.

De telles listes existent dans certains pays, notamment en Allemagne. Pourquoi en priver nos médecins ?

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 276 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 444, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le comité économique des produits de santé rend publics, sans délai, l'ordre du jour et les comptes rendus assortis des détails et explications des votes, y compris les opinions minoritaires, à l'exclusion des informations relatives au secret des stratégies commerciales, des réunions des deux sections prévues à l'article D. 162-2-3 du code de la sécurité sociale siégeant auprès de lui. »

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Je reviendrai sur ce qu'a dit François Autain au sujet de la transparence du Comité économique des produits de santé, le CEPS, dans lequel siègent des représentants de l'État, des organismes nationaux de l'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM.

Il s'agit d'une instance décisionnelle, qui négocie avec l'industrie pharmaceutique et conclut avec les laboratoires des conventions relatives aux prix des médicaments et à la régulation des prix, conformément aux orientations qu'il reçoit des ministres des comptes et de la santé, afin d'assurer le respect de l'ONDAM défini dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Ce comité assure un suivi périodique des dépenses de médicaments, qui comporte deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année. Chaque année, il établit un rapport sur son activité, qu'il adresse au Parlement.

Toutefois, cette instance se caractérise par son manque de transparence. Contrairement à la HAS et à l'AFSSAPS, nous possédons très peu d'informations sur les conditions de son fonctionnement et sur les décisions qu'elle prend.

Je ne suis pas parvenue, comme mon collègue François Autain, pourtant plus au cœur que moi de ces problématiques, à me procurer le rapport d'activité de l'année 2007 qui, normalement, doit avoir été remis au Parlement. Il n'est pas en ligne non plus sur le site du CEPS, comme c'était le cas les autres années.

Nous ne possédons donc aucune information relative aux conventions passées avec les laboratoires. Les conventions n'étant pas rendues publiques, il est donc difficile de savoir notamment quelles études post-AMM ont été demandées, ainsi que les détails de leurs protocoles.

On ne sait pas non plus si des délais sont fixés pour la réalisation de ces études. Ils sont pourtant indispensables à la détermination d'un éventuel retard et à la mise en œuvre de sanctions.

Par ailleurs, on ne peut vérifier le montant exact des remises versées par les laboratoires à l'assurance maladie. Ce ne serait pourtant pas inutile, car ce montant varie selon les sources – Cour des comptes, commission des comptes de la sécurité sociale ou CEPS lui-même. Cette anomalie avait été relevée dans le rapport de notre collègue M. Jégou.

Nous ignorons, de même, les conditions dans lesquelles est appliqué l'alinéa 2° de l'article R. 163-5 du code de la sécurité sociale, qui dispose que « Les médicaments qui

n'apportent ni amélioration du service médical rendu [...] ni économie dans le coût du traitement médicamenteux » ne sont pas remboursables.

Cela signifie, en clair, qu'un médicament qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu doit nécessairement engendrer des économies.

Dans la mesure où les deux tiers des nouveaux médicaments mis sur le marché chaque année entrent dans cette catégorie, nous sommes en droit de nous interroger sur le montant réel des économies réalisées en l'absence d'informations fiables permettant de les évaluer.

Mon collègue François Autain, madame la ministre, vous avait alertée à ce sujet au travers d'une question écrite, mais il n'a toujours pas obtenu de réponse.

Pour toutes ces raisons, il paraît légitime de demander que le CEPS soit assujéti aux mêmes règles de transparence que les autres agences sanitaires intervenant dans le domaine du médicament.

**M. François Autain.** Très bien !

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cet amendement concerne la publicité des informations relatives à la sécurité sanitaire ou à l'évaluation d'un médicament. Il n'apparaît pas souhaitable à la commission de rendre publiques des informations à caractère commercial, son avis est donc défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaite tout d'abord indiquer à Mme David que le rapport pour 2007 du Comité économique des produits de santé, le CEPS, a été communiqué à la commission des affaires sociales...

**M. François Autain.** Mais il n'est pas en ligne !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... et sera très bientôt accessible en ligne. Ce rapport existe donc vraiment et a même été transmis dans le cadre d'une question parlementaire, il est donc tout à fait disponible.

Pour répondre très précisément à votre observation, madame la sénatrice, je suis évidemment en plein accord avec les propos du rapporteur : les principes suivis par le Comité économique des produits de santé sont exposés de façon très détaillée dans ses rapports d'activité. L'ensemble de la communauté internationale salue d'ailleurs la transparence du système français pour la fixation des prix. Les observateurs européens – mais aussi hors Europe – sont également d'accord pour le reconnaître.

**M. François Autain.** Parce qu'ils sont très éloignés !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le contenu des délibérations du CEPS en matière de fixation des prix est intégralement couvert par le secret des affaires. Lorsque le prix s'accompagne de clauses financières assises sur les volumes ou d'autres critères, ces clauses sont également couvertes par le secret des affaires.

Vous souhaitez aller plus loin dans la remise en cause du secret, en particulier du secret des votes, mais j'observe que ce secret est véritablement consubstantiel au caractère collégial des décisions du CEPS : une fois la décision prise, elle engage la totalité de ses membres. La publicité des votes aurait pour effet pervers d'inciter les divers membres du comité à des postures systématiques qui cristalliseraient des oppositions et rendraient impossible le consensus sur des sujets importants et difficiles. Le secret des délibérations

permet au contraire à l'opinion collective des membres du CEPS de se former au terme de débats contradictoires approfondis, sans autre contrainte que celle de respecter le code de la sécurité sociale et, bien sûr, les orientations publiques fixées par les ministres des comptes publics et de la santé.

Pour cette raison, l'avis du Gouvernement est défavorable.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Je ne l'ai pas précisé dans mon amendement ni au cours de sa présentation, mais il ne s'agit évidemment pas de rendre publics des secrets de nature commerciale ou qui tiennent à la recherche. Les mêmes précautions doivent être prises pour les contrats comme pour l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSAPS, ou la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé concernant les médicaments qui sont mis sur le marché ou soumis à une évaluation de la part de cette commission.

En revanche, nous voudrions savoir comment sont élaborés les prix. J'aimerais que l'on m'explique comment un médicament qui n'apporte aucune amélioration sur le plan médical par rapport à l'arsenal des médicaments préexistants peut bénéficier d'un prix supérieur à ceux des médicaments déjà sur le marché et permettre, dans le même temps, à la sécurité sociale de réaliser des économies : il y a là quelque chose que je ne comprends pas !

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* C'est possible, si ce médicament provoque moins de troubles secondaires !

**M. François Autain.** L'assurance maladie, dans sa dernière note, a constaté que ces médicaments, loin d'entraîner des économies, étaient à l'origine d'un surcoût, en contradiction avec l'esprit et la lettre de la réglementation !

J'espérais, en donnant plus de transparence aux conditions dans lesquelles sont formés les prix, avoir des éclaircissements sur cette énigme et je comptais également beaucoup sur la réponse de Mme la ministre à ma question écrite : malheureusement, je reste sur ma faim ! N'ayant pas de réponse aux questions tout à fait légitimes que je me pose, ne trouvez pas mauvais que je persiste dans mes interrogations.

On a cité tout à l'heure le Lyrica mais je pense à un exemple plus ancien, celui de l'Inexium, qui a été mis sur le marché au moment où le brevet du Mopral arrivait à échéance. Les deux médicaments sont produits par le même laboratoire et, comme par hasard, l'Inexium a relayé le Mopral : son prix était inférieur à celui du Mopral mais supérieur à celui du générique. Aujourd'hui, l'Inexium continue à se vendre alors que le générique se vend beaucoup moins que si l'Inexium n'existait pas. Je vois là une stratégie de contournement de la législation sur le générique à laquelle collabore, me semble-t-il, le CEPS. C'est peut-être involontaire de sa part, mais il y participe et c'est tout à fait regrettable pour les finances de la sécurité sociale !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 444.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 434, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « études pharmaco-épidémiologiques » sont insérés les mots : « prescrites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, la Haute Autorité de santé ou le Comité économique des produits de santé ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Nous avons déjà déposé cet amendement en avril dernier, vous vous en souvenez sans doute, madame la ministre, lors de la discussion du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament. Vous m'aviez répondu que la question qu'il soulevait n'entrait pas dans le cadre du texte que nous examinions alors. En le redéposant, j'essaie donc de voir si elle entre dans le cadre ce projet de loi de financement de la sécurité sociale...

Vous aviez aussi pris l'engagement de vérifier si des obstacles s'opposaient à la sanction de la non-réalisation ou du retard dans la réalisation des études post-AMM prescrites par l'AFSSAPS. Je persiste à penser, aujourd'hui encore, que ces études – qui sont différentes des études post-inscription visées par l'accord qui vient d'être renouvelé entre le syndicat de l'industrie pharmaceutique, Les entreprises du médicament dit LEEM, et le Comité économique des produits de santé –, lorsqu'elles sont prescrites par la commission d'AMM, ne peuvent pas être visées par la disposition de nature contractuelle qui a été adoptée en mai dernier. C'est la raison pour laquelle je présente cet amendement.

Si vous me donniez une réponse me prouvant que j'ai tort, je suis prêt, bien entendu, à retirer cet amendement.

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

**M. Alain Vasselle,** *rapporteur.* L'amendement n° 434, comme un certain nombre d'amendements qui vont suivre – les amendements n°s 436, 435, 139 rectifié et 433 – vise les études post-AMM.

La commission reconnaît tout à fait l'importance de ces études pour améliorer le suivi des médicaments après leur commercialisation. Pour reprendre ce que nous disions tout à l'heure, autant il ne nous apparaît pas souhaitable de réaliser des études comparatives avant la mise sur le marché, autant ces études présentent un intérêt effectif après l'introduction sur le marché. Ces études constituent d'ailleurs un élément central de la politique de sécurité sanitaire à laquelle veille le Gouvernement.

Je rappelle, et M. Autain s'en souvient, que la mission d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments, présidée par notre collègue Gilbert Barbier, avait insisté très lourdement sur ce point il y a deux ans.

**M. François Autain.** Absolument !

**M. Alain Vasselle,** *rapporteur.* C'est ce qui vous amène chaque année à déposer des amendements pour vous assurer de la prise en considération de ces études !

La législation relative à ces études a été modifiée depuis les travaux de la mission d'information. D'ailleurs l'encre de ces nouvelles dispositions législatives est à peine sèche...

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** Exactement !

**M. Alain Vasselle,** *rapporteur.* ... que vous proposez déjà de modifier cette législation...

**M. François Autain.** De compléter !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** ... avant même que nous puissions évaluer les effets de mesures adoptées en 2007 ! Vous n'avez sans doute pas accordé de crédit à ces dispositions législatives et vous souhaiteriez que nous en adoptions d'autres.

C'est la raison pour laquelle, n'en soyez pas étonné, monsieur Autain,...

**M. François Autain.** Je ne suis pas étonné !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** ... j'émettrai un avis de même nature sur cet amendement et ceux qui vont suivre et s'inscrivent dans le même esprit. J'en suis désolé, mais cet avis sera défavorable, pour les raisons que je viens d'évoquer.

**M. Alain Gournac.** Ne soyez pas désolé !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je pense que les questions que se pose M. Autain sont largement satisfaites puisqu'il existe un comité de liaison des études post-AMM...

**M. François Autain.** Tu parles !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... qui regroupe à intervalles réguliers les différentes autorités concernées qui poursuivent des buts différents mais complémentaires. Ce comité de liaison réunit des représentants du ministère, de la Haute Autorité de santé, de l'AFSSAPS, du CEPS, de la CNAMTS, ponctuellement de l'Institut de veille sanitaire, l'InVS, pour permettre un échange d'informations et une coordination des demandes institutionnelles. Nous évitons ainsi les demandes d'études redondantes.

L'avis du Gouvernement est donc défavorable sur cet amendement et cette position vaudra pour les amendements qui vont suivre : M. Autain ne s'étonnera donc pas que je ne redonne pas d'explications plus développées que la simple mention « défavorable ».

**M. Alain Gournac.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Monsieur le rapporteur, l'encre des dernières dispositions législatives adoptées n'est peut-être pas encore sèche mais, entre-temps, un tout petit événement s'est produit, qui ne vous a sûrement pas échappé : une modification des contrats concernant les études post-AMM est intervenue. Désormais, ces études peuvent faire l'objet de sanctions si elles ne sont pas réalisées dans les délais prévus.

Cette disposition, qui avait été adoptée définitivement en mai dernier, lors du vote de la loi sur le médicament, a été intégrée dans la dernière mouture de l'accord passé entre le LEEM et le CEPS. Elle est par conséquent applicable et c'est précisément parce que ce changement est intervenu que je me permets de revenir à la charge avec cet amendement : s'il ne s'était rien passé, je n'aurais peut-être pas déposé cet amendement, encore qu'il m'apparaisse totalement nécessaire. Je le redéposerai certainement l'année prochaine...

**MM. Alain Gournac et François Trucy.** Non !

**Mme Nathalie Goulet.** Pitié !

**M. François Autain.** ... puisque Mme la ministre n'a pas répondu à ma question et pas plus qu'à celles que je vais lui poser ultérieurement, puisqu'elle a décidé de ne plus répondre !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 434.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 436, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

« , Ainsi que les sanctions encourues en cas de non réalisation ou de retard imputable à l'entreprise dans la réalisation de ces études qui pourront se traduire par une baisse de prix du médicament visé ».

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Cet amendement reprend un amendement que nous avons déposé dans le cadre du PLFSS pour 2007 et qui tend à imposer des sanctions en cas de non-réalisation des études post-AMM programmées dans le cadre des conventions conclues entre le CEPS et les laboratoires pharmaceutiques.

Ces études jouent un rôle primordial sur un plan sanitaire et économique, permettant de confirmer ou d'infirmer le rapport bénéfices-risques, le bon usage et le rapport coût-avantages des médicaments, car elles ont pour objet de permettre une véritable évaluation des effets d'un médicament après sa commercialisation et de vérifier que ses données expérimentales sont transposables à sa « vraie vie ». La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 revêt donc un caractère important, conférant pour la première fois à ces études une existence légale.

Toutefois, cette modification peut se révéler inopérante dans la mesure où elle ne comporte pas d'aspect contraignant : en effet, aucune sanction n'est encourue en cas de retard ou de non-réalisation de ces études. Rappelons que le recours à ces études reste très insuffisant, comme le démontre le bilan réalisé par la Haute Autorité de santé, la HAS, pour la mission sénatoriale d'information sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments. En effet, selon la HAS, seules 7 % des études demandées depuis 1997 ont été menées à terme, 54 % d'entre elles n'ont pas commencé et pour 30 % d'entre elles, aucun document n'a été adressé par les laboratoires pharmaceutiques concernés à la HAS.

Ce bilan particulièrement pauvre et les lenteurs de réalisation mises en exergue montrent à quel point une politique ambitieuse en matière d'études post-AMM ne peut se contenter de conférer uniquement une existence légale à ces études en les faisant entrer dans le champ des conventions entre le CEPS et les laboratoires pharmaceutiques ; elle doit aussi clarifier, dans un souci d'efficacité, les mécanismes de sanctions applicables en cas de retard ou de non-réalisation.

C'est pourquoi nous vous proposons, par cet amendement, d'insérer la sanction applicable en cas de retard imputable à l'entreprise ou d'absence de réalisation.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis défavorable à cet amendement dans la mesure où le mécanisme proposé par Mme Annie David existe déjà.

Je comprends toutefois, madame David, que vous ne vous en souveniez pas. En effet, cette disposition, qui n'avait pu être retenue dans le PLFSS pour 2007 parce qu'il s'agissait d'un cavalier, a été reprise par le Gouvernement dans la loi du 15 avril 2008 ratifiant l'ordonnance portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.

Le texte que vous proposez étant déjà intégré dans le code de la sécurité sociale, votre amendement est sans objet.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 436.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 435, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa (4° bis) de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... Lorsque les études pharmaco-épidémiologiques visées à l'alinéa précédent ne sont pas réalisées dans un délai de cinq ans, l'inscription du médicament concerné sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ne peut être renouvelée. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement est défendu.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 435.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 439, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-17-6 du code de la sécurité sociale est abrogé.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** L'instauration en 2003 de la procédure de dépôt de prix est largement responsable de l'inflation des prix des spécialités innovantes enregistrées à cette date.

Avant 2003, le prix des médicaments ambulatoires remboursables était régulé et était fixé par le CEPS au terme d'une négociation avec le laboratoire. Aujourd'hui, c'est le laboratoire qui fixe lui-même le prix de son produit, sauf si, dans un délai de quinze jours suivant le dépôt de prix, le CEPS le remet en cause. Ce n'est qu'exceptionnellement le cas, celui-ci étant presque toujours validé par le CEPS.

Autant dire que le prix des spécialités innovantes est quasiment libre. On ne s'étonnera pas, dans ces conditions, que les hôpitaux aient quelques difficultés à contenir les augmentations de la liste en sus. Mais nous y reviendrons ultérieurement lors de l'examen d'un autre article

Certes, le prix déposé par le laboratoire doit être cohérent avec la moyenne des prix pratiqués en Europe, mais cette notion de moyenne européenne a des effets pervers. En effet, les prix affichés en Allemagne et au Royaume-Uni ne sont pas régulés et ils sont supérieurs aux prix réels en raison de l'existence d'une taxe sur les bénéfiques qui est perçue après. En France, il n'existe rien de tel. Le prix fiscal est bien le prix réel puisque les molécules innovantes sont exonérées de remises conventionnelles. L'Espagne et l'Italie, quant à elles, fixent leurs prix essentiellement par rapport aux prix pratiqués en France.

On voit que ce système laisse aux laboratoires une large marge de manœuvre. En prenant connaissance de l'accord qui a été signé au mois de septembre entre le LEEM et le CEPS, je me suis d'ailleurs aperçu que le CEPS s'était engagé à ce que, dans les conventions, le prix ne soit jamais inférieur à la moyenne des prix européens.

Car rien ne dit comment est apprécié le prix d'une spécialité qui n'est pas encore sur le marché européen. Il y a là un véritable problème. Les laboratoires ont compris que les conditions étaient beaucoup plus favorables en France. C'est la raison pour laquelle notre pays devient très attractif pour la commercialisation des spécialités onéreuses.

Il me paraît souhaitable de supprimer cette procédure de dépôt de prix compte tenu des conséquences qu'elle entraîne et d'en revenir à la situation qui prévalait auparavant, c'est-à-dire avant 2003.

La France, et cela est nouveau, est devenue très attractive, car elle permet aux laboratoires d'afficher des prix plus élevés pour des spécialités innovantes qui servent ensuite de référence aux pays européens.

Donc, il ne s'agit pas d'un système vertueux, puisqu'il favorise au contraire l'inflation des prix.

C'est la raison pour laquelle, compte tenu des difficultés que l'on rencontre par ailleurs dans les hôpitaux, nous proposons la suppression de cette disposition.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La question posée par M. François Autain est tout à fait légitime. C'est un problème d'efficacité de la négociation par le CEPS.

La procédure antérieure permettait-elle de mieux maîtriser l'évolution des prix que la nouvelle procédure liée au dépôt de prix ? Monsieur Autain, je peux vous dire que M. Renaudin, dans le cadre du CEPS, est toujours engagé dans la négociation, même sur la procédure du dépôt de prix. Cette négociation est-elle aujourd'hui moins efficace qu'antérieurement ? Le Gouvernement, qui suit ce dossier de plus près, pourra nous donner son sentiment. Mais nous considérons que, en l'état actuel des choses, le caractère inflationniste, même s'il est lié à la sortie de nouvelles molécules ou de ces médicaments en sus, n'est pas aussi important que vous semblez vouloir le dire, monsieur Autain.

**M. François Autain.** On en reparlera tout à l'heure !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Nous allons donc entendre le Gouvernement, mais la commission serait plutôt encline à demander le retrait de cet amendement ; sinon, elle émettra un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** La procédure de dépôt de prix, qui est reprise dans l'accord-cadre conclu entre l'État et l'industrie pharmaceutique, est très encadrée et, pour bénéficier de cette procédure, les laboratoires doivent se soumettre à des conditions strictement définies.

Ainsi, les entreprises pharmaceutiques doivent s'engager à accorder des remises compensatoires en cas de dépassement des prévisions de vente et mettre en place des études post-AMM, auxquelles vous avez très largement fait référence, et qui sont demandées par la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, le CEPS a toute possibilité de s'opposer au dépôt de prix, et ce sont des critères d'opposition qui nous protègent du caractère inflationniste du mécanisme du dépôt de prix. Toutefois, l'énorme avantage de cette procédure est qu'elle garantit à tous un accès rapide et équitable aux médicaments innovants très peu de temps après leur autorisation de mise sur le marché.

Il est important que les personnes qui souffrent de très graves pathologies et qui savent que des thérapeutiques très innovantes existent puissent en disposer rapidement. Il faut donc pouvoir très vite les proposer au remboursement afin de garantir aux malades qu'ils y auront accès.

Donc, dans un souci de bon accès aux soins et d'humanité, la procédure de dépôt de prix mérite d'être conservée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 439.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 430, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Depuis le 25 mars 2007, date de la parution du décret d'application, l'article 26 de la loi relative aux droits des malades est enfin applicable ; il s'agit de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique. Il prévoit que tout professionnel de santé – médecins, pharmaciens – doit déclarer ses liens d'intérêts avec les entreprises commercialisant ou fabriquant un produit de santé.

Cette obligation s'applique aux interventions professionnelles et dans les médias grand public, quel que soit le support : écrit, oral, électronique ou audiovisuel.

En effet, imposer l'indépendance, renforcer la transparence sont essentiels pour la garantie de soins de meilleure qualité, mais aussi pour la réduction des dépenses de sécurité sociale.

L'information subjective, partisane, manipulée, émise par un professionnel de santé à destination d'un patient, d'un confrère ou de n'importe quel citoyen peut entraîner des soins injustifiés et avoir de graves conséquences en termes

de vie humaine au premier chef, comme ce fut le cas lors de l'affaire du Vioxx en 2004, mais aussi des conséquences financières.

Une étude en date de 2008 réalisée par le Congrès des États-Unis tend à démontrer qu'une économie de 35 % pourrait être réalisée chaque année sur les dépenses de santé si les patients comme les professionnels de santé disposaient de données non biaisées sur l'efficacité des traitements médicaux.

Or la loi n'est pas appliquée. On pourrait d'ailleurs en dire autant de l'article R. 161-85 du code de la sécurité sociale puisque la Haute Autorité de santé n'a toujours pas rendu possible à ce jour la déclaration publique d'intérêts des membres de la commission de transparence pour la période 2004-2006.

Il semble que les ordres professionnels n'assurent pas la mission de contrôle et de sanction qui leur a été confiée par la loi dans ce domaine. Dépositaires des conventions et contrats liant le professionnel avec une entreprise en vertu de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique, ils sont pourtant les seuls à pouvoir dire qu'un médecin qui n'a pas déclaré de lien d'intérêt n'en a effectivement pas en vérifiant qu'il ne leur a pas transmis de convention passée avec une entreprise.

Bien entendu, la mise en place d'une obligation, à la charge des professionnels, de rendre publiques les conventions passées avec les entreprises agissant directement ou indirectement dans le domaine de la santé ne doit pas porter sur l'ensemble des éléments inscrits dans ces conventions, telles que des données pharmacologiques ou cliniques, qui doivent rester dans le domaine de la propriété industrielle ; elle porte uniquement sur le fait que ce professionnel a un rapport de dépendance financière vis-à-vis de l'entreprise.

Pour aider les ordres professionnels dans cette tâche difficile, je propose, par cet amendement, que les conventions soient rendues publiques. Ainsi, quiconque le souhaite pourrait vérifier que le professionnel concerné s'exprime en toute indépendance sur un produit de santé.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je comprends le souci de transparence de Mme Pasquet. Il y a transmission de ces conventions au conseil de l'Ordre et cela est vérifié sur le plan ordinal. Simplement, si ces conventions étaient rendues publiques, se poseraient évidemment des problèmes graves d'atteinte à la vie privée que cet amendement ne permet pas de résoudre.

Les contrôles existent mais ils doivent, à mon avis, rester de l'ordre de la surveillance ordinaire.

C'est la raison pour laquelle je ne peux pas être favorable à votre amendement, madame Pasquet, même si je partage votre souci de transparence, laquelle est assurée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 430.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.)*

**M. François Autain.** Monsieur le président, devant le succès remporté par cet amendement, je retire les amendements n<sup>os</sup> 139 rectifié, 433 et 432. (*Sourires.*)

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Bravo !

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 139 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les études pharmaco-épidémiologiques dont peut être assortie une autorisation de mise sur le marché ne peuvent être prescrites que dans la mesure où leur financement est garanti. »

L'amendement n<sup>o</sup> 433, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque les études pharmaco-épidémiologiques mises en œuvre postérieurement à l'octroi de cette autorisation ne sont pas réalisées dans un délai de cinq ans, celle-ci ne peut être renouvelée. »

L'amendement n<sup>o</sup> 432, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le septième alinéa de l'article L. 5323-4 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « La déclaration et ses modifications sont communiquées à la Haute Autorité de Santé, aux fins de vérifications et de contrôle. »

Les amendements n<sup>os</sup> 139 rectifié, 433 et 432 sont donc retirés.

L'amendement n<sup>o</sup> 229 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 632-12 du code de l'éducation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 5<sup>o</sup> Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de médecin compétent. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** Avec cet amendement, nous quittons la sphère du médicament pour entrer dans celle de la démographie médicale, qui pose problème.

Dans de nombreux départements et, notamment, les départements ruraux, la présence de spécialistes est de plus en plus aléatoire. Dans certaines spécialités, les patients sont parfois obligés de parcourir de longues distances pour se rendre dans les centres hospitaliers universitaires et recevoir

les traitements. Les oncologues, par exemple, sont très peu nombreux et ne sont plus présents dans les départements ruraux.

Comment expliquer cette situation ?

La réforme de l'internat qualifiant a mis fin, en 1982, à la délivrance de compétences et entraîné, progressivement, la disparition des médecins compétents.

Or, dans certaines spécialités comme l'oncologie, les patients rencontrent de grandes difficultés pour se faire suivre. Il existe pourtant des spécialistes d'organe, par exemple les urologues. Si ces derniers peuvent opérer le malade atteint d'un cancer de la prostate, ils se voient interdire, par l'article D. 6124-134 du code de la santé publique, de prescrire une chimiothérapie : cette décision est laissée aux seuls médecins ayant obtenu le diplôme d'études spécialisées d'oncologie.

Il faut donc rétablir la notion de médecin compétent. Bien entendu, cette compétence pourra être reconnue, comme c'était précédemment le cas, par des commissions de qualification du conseil de l'ordre des médecins.

Ces dispositions permettront de répondre au déclin de la démographie médicale dans certaines spécialités.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission émet un avis de sagesse.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je propose le rejet de cet amendement.

Les compétences ordinales ne sont pas reconnues en Europe et contreviennent à la directive de 2005.

Vous évoquez, monsieur Barbier, une question très importante, celle de l'accès aux soins en cancérologie. Le rétablissement des compétences ordinales ne permettrait pas, hélas ! d'y répondre de manière satisfaisante. Ce sujet est une priorité du Président de la République et nous le traitons dans le cadre de la révision du Plan cancer.

Plus largement, l'accès des médecins aux diverses spécialités tout au long de leur vie professionnelle fait l'objet d'une réflexion menée avec le ministère de l'enseignement supérieur et l'ensemble des acteurs au sein de la Commission nationale du troisième cycle des études médicales.

Un retour à l'ancien système ne résoudrait nullement les problèmes, tout à fait réels, que vous soulignez. Il est plus pertinent de suivre la procédure que j'ai décrite, plutôt que de revenir à une procédure qui ne répond pas à la législation européenne et, à ce titre, ne pourrait être maintenue.

**M. le président.** Monsieur Barbier, l'amendement est-il maintenu ?

**M. Gilbert Barbier.** Oui, je le maintiens, monsieur le président.

La désertification constatée sur le territoire pour certaines spécialités constitue un problème bien français et, malheureusement, ce sont les patients qui se retrouvent dans une situation délicate.

Je peux citer le cas du département du Jura qui souffre d'une pénurie d'oncologues. Tous les patients sont obligés de se diriger vers le CHU, ce qui leur impose des déplacements considérables et un inconfort important.

S'agissant de la compétence, j'estime qu'un urologue qui a appris son métier dans un centre hospitalier universitaire et, dans ce cadre, a côtoyé des cas de cancer de la prostate pendant plusieurs années, est capable de diriger un traitement de chimiothérapie, surtout s'il appartient à une équipe pluridisciplinaire, comme c'est le cas la plupart du temps.

Madame la ministre, je regrette que vous balayiez si rapidement ce problème d'exercice de certaines compétences sur notre territoire. Si les discussions qui sont en cours permettent d'améliorer la situation, ce sera dans l'intérêt des patients sur l'ensemble du territoire français.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Il y a peut-être lieu d'adopter cet amendement. Sous réserve d'une expertise ultérieure, je ne vois pas pourquoi ce qui était possible ne l'est plus et, même si ces dispositions ne devaient avoir de valeur qu'à l'intérieur de notre pays, je trouve qu'elles sont absolument nécessaires.

Tant que nous n'aurons pas trouvé une autre solution, je pense qu'il est bon d'explorer cette voie.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** L'argumentation de M. Barbier est intéressante non pas pour les Européens, mais pour les Français, notamment en milieu rural : dans certains endroits, il faut parcourir de nombreux kilomètres et attendre des jours et des jours pour consulter un spécialiste. Je n'ai pas voulu réagir sur ce point, madame la ministre, mais quand, à défaut de connaître un radiologue, il faut patienter plus d'un mois et demi pour une IRM, nous pouvons considérer qu'il reste encore beaucoup de progrès à accomplir dans ce domaine.

L'accès aux soins des Français est essentiel. Parfois, une attente trop longue peut engendrer des catastrophes, par exemple en ophtalmologie.

M. Barbier pose donc une question intéressante. Je comprends que le problème ne puisse être résolu au détour d'un amendement, mais les compétences attribuées à des professionnels reconnus pour leur pratique étaient très utiles par le passé. À une certaine époque, la possibilité d'obtenir une spécialisation en fonction de ses années de pratique a même été relancée. Nous pourrions peut-être de nouveau y réfléchir.

**M. le président.** La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je voterai en faveur de l'amendement de M. Barbier.

De toute évidence, dans divers domaines, nous manquons actuellement de spécialistes. Et certains médecins pratiquant dans un domaine connexe peuvent pallier ces insuffisances.

Acceptons cet amendement au moins pour l'année en cours et essayons de faire en sorte qu'il puisse être appliqué. Nous pourrions réexaminer la question lorsque l'Europe aura mis en place tous les dispositifs nécessaires pour que nous puissions assurer notre sécurité sanitaire.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin,** *ministre.* Le problème de démographie médicale constaté en France est lié non pas à un manque de spécialistes, leur nombre étant suffisant, mais à la répartition de ceux-ci. L'exemple des psychiatres

est éclairant : notre pays en compte 14 000, soit le nombre de psychiatres le plus élevé d'Europe. Pour autant, nous ne répondons pas aux besoins de la psychiatrie, car ces médecins sont mal répartis sur l'ensemble du territoire.

La démarche que vous proposez accélèrera le transfert des médecins généralistes vers les spécialistes, alors même que nous sommes confrontés à une pénurie des premiers. Les véritables difficultés proviennent de l'accès à la filière de premier recours. Nous devons donc faire face à la fois à un problème de quantité et de répartition des médecins généralistes – nous le traiterons dans le cadre de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » – et à un problème de répartition des spécialistes. Au travers de ce texte, vous ne réglez absolument pas cette dernière question. Au contraire, vous allez accélérer la désertification s'agissant des médecins généralistes.

Alors que ce sujet a véritablement irrigué l'ensemble de notre débat, j'en appelle à la sagesse de la Haute Assemblée, qui connaît très bien ce problème de désertification rurale : ne faites pas cela !

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Je suis très réservé, pour ne pas dire opposé, à l'égard de cet amendement pour deux raisons principales. Cette disposition ne règlera pas le problème de pénurie dans certaines spécialités. En revanche, ses effets pervers seront très néfastes.

Lors du débat sur la démographie médicale, nous avons eu l'occasion de rappeler que seuls 40 % des étudiants ayant choisi la médecine générale exercent effectivement dans ce domaine ; les autres ont choisi la qualification de médecin compétent : angiologie, service des urgences, etc.

En ouvrant les compétences, vous risquez de réduire considérablement le nombre de généralistes, dont nous avons particulièrement besoin, chacun en conviendra.

Certes, nous manquons de spécialistes dans certaines disciplines, mais ce n'est pas ainsi que nous ferons en sorte qu'ils soient plus nombreux demain.

En raison de ses effets pervers, je voterai contre cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Le premier reproche que l'on adresse à M. Barbier est que son amendement ne règle pas tous les problèmes et qu'il aggrave, éventuellement, certaines situations. Mais je n'ai pas encore entendu la moindre proposition qui permette de mettre fin à la pénurie à la fois de médecins généralistes et de certains spécialistes.

**M. François Autain.** C'est vous qui êtes au pouvoir !

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Monsieur Barbier, vous avez le tort de ne pas avoir réglé tous les problèmes existants dans le même amendement et je crois que ce reproche est fondé. Vous êtes aux commandes : vous avez donc la mission de résoudre dans le même amendement non seulement le problème du manque de spécialistes dans certains endroits, mais aussi celui de la pénurie de généralistes.

Plus sérieusement, votre tentative est intéressante et le conseil de l'ordre des médecins travaille dans le même sens. Il me semble donc que nous pouvons tenter quelque chose.

Si seuls ceux qui ne se trompent pas avaient le droit de formuler des propositions, il n'y aurait plus grand monde pour déposer des amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 229 rectifié.

*(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, adopte l'amendement.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33.

#### Article 33 bis

I. – L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. – Le I entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels. – *(Adopté.)*

#### Article 34

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

II. – Au septième alinéa de l'article L. 315-2 du même code, les mots : « par décret » sont remplacés par les mots : « par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

**M. le président.** Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les amendements n° 141 et 274 sont identiques.

L'amendement n° 141 est présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 274 est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz, Chevê et Cerisier-ben Guiga, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer, pour défendre l'amendement n° 141.

**M. Guy Fischer.** Nous espérons vous alerter sur une problématique importante, madame la ministre, et vous inviter à revoir votre copie.

En effet, avec cet article, vous entendez permettre à la Haute Autorité de santé d'élaborer des référentiels ou de valider ceux qui sont fournis par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Selon vous, il ne serait pas illégitime que puissent être élaborées des règles dont l'objet serait la réduction des écarts de tarification entre deux traitements pour une maladie identique.

On peut comprendre un tel objectif, mais la rédaction de cet article, tel qu'il nous est présenté aujourd'hui, nous inquiète plus qu'il ne nous rassure. Car ce qui est explicitement visé, ce sont non pas tant les écarts de coûts que la différence du nombre des actes réalisés par les professionnels de santé. Cela tend à laisser penser que vous recherchez, en fait, à réduire les écarts, en imposant un nombre d'actes maximum par pathologie.

En introduction, je disais vouloir vous inviter à revoir votre copie, madame la ministre. Si votre projet est réellement de réduire les écarts et non la protection des malades en ALD, pourquoi ne pas prendre des mesures qui pèseraient non pas sur les patients, comme c'est le cas aujourd'hui, mais sur les prescripteurs ?

Vous aviez, sur cette question, annoncé un projet qui avait suscité un tollé. Je me rappelle vous avoir posé une question d'actualité, qui avait entraîné, de votre part, des réactions très vives.

Avec l'article 34, vous proposez aujourd'hui que la prise en charge des actes en série dépassant ce référentiel soit exceptionnelle. Celle-ci sera soumise à l'approbation préalable du service médical. En fait, chacun le sait bien, vous visez les patients en ALD, c'est-à-dire ceux qui souffrent de maladies chroniques.

Si cet article était adopté, il ne serait pas sans conséquences sur les malades. Certains d'entre eux, les moins pauvres, verraient leur reste à charge exploser. D'autres, les plus pauvres, n'auraient plus comme seule possibilité que de renoncer à des soins. En effet, vous n'apportez aucune garantie sur ce référentiel, dont on craint qu'il ne devienne une norme aveugle ne prenant pas en compte la spécificité de chaque maladie, de chaque malade.

Certes, il y aura toujours la possibilité d'obtenir du service du contrôle médical la fameuse autorisation exceptionnelle. Mais certaines situations d'urgence médicale ne pourront s'accommoder du délai nécessaire à l'obtention de cette autorisation exceptionnelle, et il y a fort à parier que certains malades, entre la demande de prise en charge et l'autorisation, renoncent, là encore, aux soins.

Nous sommes d'autant plus sceptiques sur cette disposition que nous nous souvenons que, durant l'été dernier, le directeur de l'assurance maladie envisageait la suppression du remboursement à 100 % des ALD. Il ne faut pas se bercer d'illusions, M. Van Røkeghem était en mission commandée !

Face à la levée de boucliers, vous n'aviez eu alors d'autre choix que de renoncer à votre projet. Et voilà qu'aujourd'hui, par cet article 34, vous nous le réservez...

**Mme Annie David.** Discrètement !

**M. Guy Fischer.** ... sous une autre forme. Cet article est bien plus important qu'on ne le pense puisque les ALD touchent surtout les personnes âgées. C'est l'un des postes les plus importants, après l'hôpital, dans les dépenses d'assurance maladie.

**M. le président.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 274.

**Mme Raymonde Le Texier.** Les arguments que je vais présenter pour défendre cet amendement de suppression seront proches de ceux qui ont été développés par M. Fischer.

Cet article nous paraît lourd de conséquences et assez dangereux. Il vise à mettre à la disposition des professionnels des référentiels, proposés par l'UNCAM et validés par la Haute Autorité de santé, qui définiront la poursuite de la prise en charge des actes médicaux réalisés en série.

Une fois de plus, le législateur semble plus guidé par des considérations économiques que par des préoccupations scientifiques.

Nous ne remettons en cause ni l'importance ni l'indépendance de la Haute Autorité de santé. Son rôle est de garantir une prise en charge de qualité. Et quand nous demandons des référentiels, c'est pour répondre à cette exigence.

Si les bonnes pratiques conduisent forcément à des économies, il ne convient pas, néanmoins, d'aborder le sujet sous cet angle purement comptable, car c'est avant tout l'exigence d'une prise en charge de qualité qui importe.

Les kinésithérapeutes sont touchés par cette disposition, tout comme les orthoptistes et les orthophonistes. C'est sur ces derniers que je voudrais concentrer mon propos.

Depuis l'application, en 2002, de la nouvelle nomenclature générale des actes professionnels, les orthophonistes disposent d'une autonomie dans la mise en œuvre du plan de soins défini à l'issue du bilan orthophonique.

Ce bilan, acte majeur de la pratique orthophonique qui permet de poser le diagnostic et d'établir le plan de soins, demeure prescrit et fait l'objet d'un compte rendu obligatoire au médecin prescripteur. Ce compte rendu est un élément essentiel de la coordination des soins. Son architecture rédactionnelle a fait l'objet, en 2002, d'un accord conventionnel avec les caisses d'assurance maladie.

Les modifications apportées à l'arrêté de 1962 ont supprimé l'aspect quantitatif de la prescription. Elles ont entraîné une évolution des relations prescrit-prescripteur vers une réelle coordination de soins, et ont été suivies d'un décret d'actes donnant au professionnel paramédical une réelle responsabilité dans la pose du diagnostic, dans la décision de prise en charge et dans la conduite du plan de soins.

Aujourd'hui, personne, parmi les représentants des médecins prescripteurs, ne conteste plus aux orthophonistes cette responsabilité dans la conduite du plan de soins orthophoniques.

Si cet article était voté en l'état par le Parlement, il reviendrait au médecin de déterminer le référentiel à appliquer à la pathologie présentée par le patient et de poser un diagnostic avant même que le bilan établissant le diagnostic orthophonique soit réalisé. Dans cette optique, le médecin devrait donc réaliser une prescription quantitative de séances de rééducation orthophonique préalablement au bilan orthophonique et en l'absence de diagnostic orthophonique.

L'orthophoniste devrait ainsi dispenser des soins sans avoir pu, au préalable, réaliser un bilan orthophonique, poser un diagnostic orthophonique et établir un plan de soins.

L'application des modifications du code de la sécurité sociale prévues à l'article 34 constituerait une remise en cause du bilan orthophonique tel qu'il est défini par le code de la santé publique, et serait une négation de la capacité des orthophonistes à définir le plan de soins à l'issue de ce bilan.

Nous ne pouvons pas accepter un tel retour en arrière.

Les orthophonistes n'ont jamais contesté l'intérêt des recommandations et des référentiels de la Haute Autorité de santé pour la pratique professionnelle. Des référentiels validés par la HAS peuvent effectivement contribuer à une meilleure efficacité des soins en aidant le professionnel de santé à évaluer et à traiter la pathologie qui relève de ses compétences.

Mais ces référentiels doivent être utilisés par le professionnel de santé qui dispense les soins au patient et non servir de base à une prescription médicale quantitative.

Ce qui vaut pour les orthophonistes vaut également pour d'autres spécialités.

Telles sont les raisons qui nous conduisent à demander la suppression de cet article.

**M. le président.** L'amendement n° 350, présenté par Mme Dini, MM. Mercier, J. Boyer, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le I de cet article :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, les conditions de mise en œuvre des soins par le professionnel de santé peuvent être déterminées sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de Santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des partenaires conventionnels. Au-delà des conditions définies par ce référentiel, le traitement peut être poursuivi conformément aux dispositions de l'article L. 315-2. »

La parole est à Mme Muguette Dini.

**Mme Muguette Dini.** L'objet de cet amendement est de laisser les professionnels de santé mettre en œuvre les référentiels validés par la HAS pour les actes en série. En effet, l'article 34 vise à soumettre à un accord préalable du service médical de l'assurance maladie certains actes paramédicaux en série en fonction de référentiels médicaux validés par la HAS.

Pour justifier cette disposition, nous sont présentés des éléments d'une enquête de la CNAM montrant des écarts importants en termes de rééducation post-opératoire pour quatre interventions effectuées sur des populations de malades homogènes.

La CNAM explique cette hétérogénéité par les disparités géographiques de la densité médicale et de l'offre de soins. Le nombre des séances est plus élevé dans les départements ayant une forte densité de professionnels de santé. Le médecin-conseil national de la CNAM a déclaré : « face à une telle hétérogénéité, nous pouvons donner des repères, *via* la HAS, tout en sachant que le professionnel pourra s'éloigner des repères ».

L'amendement n° 350 a précisément pour objet de mettre en œuvre cette proposition, tout en conservant aux professionnels de santé la marge de manœuvre dont ils auront besoin pour qu'un bon service médical soit rendu.

**M. le président.** L'amendement n° 360, présenté par M. Leclerc, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le I de cet article :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, les conditions de mise en œuvre des soins par le professionnel de santé peuvent être déterminées sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Au-delà des conditions définies par ce référentiel, le traitement peut être poursuivi conformément aux dispositions de l'article L. 315-2. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Les amendements nos 374 et 390 sont identiques.

L'amendement n° 374 est présenté par M. Lecerf.

L'amendement n° 390 est présenté par M. Milon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans le second alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel validé

par les mots :

en fonction de la pathologie particulière des malades la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel rédigé et validé

L'amendement n° 374 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 390.

**M. Alain Milon.** Lors de l'examen du texte, l'Assemblée nationale a déjà modifié le second alinéa du I de l'article 34 : elle a remplacé le mot « validé » par le mot « approuvé ».

En réalité, aucun de ces deux termes ne rend justice à la HAS, dont les prérogatives ne peuvent être cantonnées à la simple approbation ou validation de propositions de l'UNCAM, sauf à vouloir redéfinir les relations qui prévalent entre ces deux entités, en particulier en ce qui concerne la notion d'indépendance.

La HAS est parfaitement dans son rôle redéfini il y a un an en matière d'économie de la santé et doit pouvoir, sur proposition de l'UNCAM, être en capacité de rédiger les référentiels qui seront ensuite proposés aux praticiens de santé réalisant des actes en série.

Pour ces raisons, il est proposé de remplacer le mot « validé » par les mots « rédigé et validé ». Il semble que toute autre rédaction serait de nature à créer un lien tutélaire entre la HAS et l'UNCAM, ce que le législateur, me semble-t-il, ne souhaite pas.

Afin de garantir l'accès aux soins pour tous, je propose aussi de remplacer les mots « à titre exceptionnel » par les mots « en fonction de la pathologie particulière des malades ».

**M. le président.** L'amendement n° 384 rectifié, présenté par M. Barbier et Mme Escoffier, est ainsi libellé :

Après les mots :

d'un référentiel

rédiger ainsi la fin du second alinéa du I de cet article :

défini et validé par la Haute Autorité de santé.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

**M. Gilbert Barbier.** C'est une question de sémantique, mais celle-ci est importante. Il s'agit de savoir s'il appartient à l'UNCAM ou à la Haute Autorité de santé de définir les profils de traitement d'un certain nombre de patients.

Faut-il utiliser le mot « rédigé » ? Il convient, en tout cas, de modifier la formulation actuelle. Je propose donc l'expression « défini et validé ».

Il s'agit de donner cette compétence à la HAS et non à l'UNCAM.

**M. le président.** L'amendement n° 528, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter le second alinéa du I de cet article par les mots :

ou sur le fondement d'un avis ou d'une recommandation de la Haute autorité de santé

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, avant de présenter cet amendement, je souhaite entendre les avis de M. le rapporteur sur les autres amendements.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Bien qu'il soit important, l'article 34 ne suscite pas un réel enthousiasme à la commission. Toutefois, nous n'irons pas jusqu'à donner un avis favorable aux amendements de suppression présentés par M. Fischer et Mme Le Texier. Nous partageons en effet l'objectif du Gouvernement de mieux maîtriser les actes répétitifs qui seraient prescrits par les médecins et assurés, entre autres, par les kinésithérapeutes.

Il nous paraît essentiel que l'UNCAM puisse s'appuyer sur des référentiels validés par la Haute Autorité de santé. J'ai cru comprendre que tel était également le souhait de M. Barbier. C'est pourquoi la commission tentera d'améliorer la rédaction de l'article 34 en proposant au Gouvernement de rectifier l'amendement qu'il nous présentera dans un instant. Cela permettra ainsi de lever toute ambiguïté.

Pour répondre aux préoccupations exprimées par M. Fischer et Mme Le Texier, je précise que l'UNCAM, dans le cadre des contrôles opérés par les médecins-conseils, tiendra compte de la santé du patient. Le dispositif ne sera évidemment pas appliqué de manière aveugle. Il est des patients pour lesquels il faudra sans doute aller au-delà du référentiel en nombre d'actes, mais cela se fera au cas par cas.

On ne peut pas accepter des actes en série sans qu'il y ait une référence à la Haute Autorité de santé, qui est totalement indépendante et qui peut porter une appréciation pertinente sur ce sujet.

Pour toutes ces raisons, la commission a émis un avis défavorable sur les amendements de suppression.

Madame la ministre, sans doute sera-t-il utile d'apporter une réponse précise à l'argumentation développée par M. Fischer selon laquelle les maladies professionnelles et les accidents du travail doivent être traités à part.

**M. Guy Fischer.** Y compris pour les franchises !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Dans la mesure où il sera tenu compte des cas particuliers, il n'y a pas de raison de se référer plus particulièrement aux maladies professionnelles ou aux accidents du travail.

En ce qui concerne les amendements n<sup>os</sup> 350, 390 et 384 rectifié, j'invite leurs auteurs à les retirer au bénéfice des assurances que voudra bien leur apporter Mme Bachelot-Narquin. Les garanties souhaitées par la commission, qui sont au cœur de leurs préoccupations, seront inscrites dans le projet de loi grâce à l'amendement du Gouvernement, modifié sur proposition de la commission. Nous partageons en effet le même souci : la sécurité des patients.

**M. le président.** La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n<sup>o</sup> 528 et pour donner l'avis du Gouvernement sur les amendements en discussion commune.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme l'a dit excellemment M. le rapporteur, l'article 34 vise à mettre à la disposition des professionnels de santé des référentiels de soins validés sur des critères médicaux.

Mon objectif est de m'inscrire dans une démarche de qualité des soins. Ainsi, si des actes en série de masso-kinésithérapie dépassant les référentiels validés doivent être réalisés, il faut que ce soit pour des raisons médicales. Car on n'est pas mieux soigné par cinquante actes de masso-kinésithérapie lorsque trente sont nécessaires, bien au contraire !

Il s'agit d'une stratégie gagnant-gagnant en garantissant la qualité des soins et en évitant de mettre des actes inutiles à la charge de la solidarité nationale. Je sais que c'est un point sur lequel nous sommes tous d'accord. Il reste entendu que, si les actes s'avéraient utiles, la procédure d'entente préalable donnerait largement le temps de les réaliser, puisqu'elle ne se déclenche pas dès le début du processus.

Madame Le Texier, vous m'avez interrogée à propos des orthophonistes. Les actes d'orthophonie ne sont pas vraiment concernés par cette mesure, qui s'adresse surtout aux actes de masso-kinésithérapie.

Imaginons que leur spécialité entre demain dans le champ du dispositif, il faudrait alors d'autres mesures et les référentiels seraient définis par l'UNCAM après validation de la Haute Autorité de santé. Mais cela nécessiterait toute une démarche, notamment avec les professionnels de santé. Je peux donc apaiser les craintes des orthophonistes, d'autant qu'ils font preuve de moins de dispersion dans les actes que les masseurs-kinésithérapeutes.

Pour répondre aux interrogations de M. Barbier, de Mme Dini et de M. Milon, le Gouvernement présente l'amendement n<sup>o</sup> 528.

Dans la version actuelle de l'article 34, les référentiels de prise en charge pour les actes en série sont élaborés par l'UNCAM, puis validés par la Haute Autorité de santé. M. Barbier, Mme Dini, M. Milon et M. le rapporteur s'en sont émus. Cette mesure est pourtant logique, car l'UNCAM dispose des données de dispersion en nombre de séances pour le traitement de pathologies similaires. Toutefois, il ne faut pas négliger le travail qui pourrait être réalisé ou avoir été réalisé par la Haute Autorité de santé sous forme de recommandations ou d'avis dont l'esprit correspond à des

référentiels normés de prise en charge. L'amendement que je présente vise donc à compléter le texte de l'article 34, afin d'élargir la base des futurs référentiels.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n<sup>o</sup> 528 ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** La commission suggère à Mme la ministre de rectifier son amendement afin d'aboutir à une rédaction un peu plus légère.

Au lieu de répéter deux fois les termes « ou sur le fondement », nous pourrions remplacer les mots « validé par la Haute Autorité de santé » par les mots « élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci ».

**M. le président.** Madame la ministre, que pensez-vous de la rectification suggérée par la commission ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** J'y suis favorable.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Dans ces conditions, monsieur le président, je demande le vote par priorité de l'amendement ainsi rectifié.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**M. le président.** La priorité est ordonnée.

Mes chers collègues, je vais suspendre la séance le temps que nous soit communiqué par écrit le texte sur lequel le Sénat doit se prononcer. (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

J'ai beaucoup de sympathie pour le travail de commission, c'est très convivial. Mais le fait de pouvoir s'appuyer sur un document précis aidera les services de la séance à mieux travailler. Je ne pense pas que nous perdions du temps ; au contraire, nous allons en gagner.

La parole est à M. le président de la commission.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, il ne s'agit pas d'un travail de commission : j'exerce simplement, en séance publique, le droit de tout parlementaire de proposer des modifications au texte.

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

(*La séance, suspendue à dix-huit heures vingt-cinq, est reprise à dix-huit heures trente.*)

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

Je suis donc saisi de l'amendement n<sup>o</sup> 528 rectifié, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Dans le second alinéa du I de cet article remplacer les mots :

validé par la Haute Autorité de santé

par les mots :

élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci

La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

**M. Guy Fischer.** Nous avons conscience, monsieur le président, que l'adoption de cet amendement ferait tomber tous les autres et que nous ne pourrions alors plus nous exprimer sur ceux-ci.

Au travers de cet article, en s'abritant derrière les travaux de la Haute Autorité de santé, il y a vraiment la volonté d'aboutir à une maîtrise non pas médicalisée mais comptable de ces actes.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Mais non, c'est tout le contraire !

**M. Guy Fischer.** C'est votre interprétation, monsieur le président !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** C'est une mauvaise interprétation de votre part, monsieur Fischer.

**M. Guy Fischer.** Avec cet article, ce sont les ALD qui sont visées. Certes, il existe des actes répétitifs et je suis prêt à reconnaître que des écarts trop importants sont constatés selon les pathologies. Comme l'a souligné Mme la ministre, certains masseurs-kinésithérapeutes abusent.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Ce ne sont pas les masseurs-kinésithérapeutes qui abusent, ce sont les prescripteurs : ces actes sont prescrits, ne l'oublions pas !

**M. Guy Fischer.** Ce sont des actes prescrits, mais nous savons bien comment les choses se passent !

Il faudrait donc d'abord remettre de l'ordre au niveau des médecins prescripteurs. Néanmoins, je ne voudrais pas que ce soient les assurés, ou même les familles dans le cas des ALD, compte tenu de la montée en charge des frais d'hébergement, qui supportent finalement de plus en plus la prise en charge. Ainsi, la mise en place de l'ordonnance bizonale pour les ALD se fait au détriment des assurés. (*Mme la ministre sourit.*) Madame la ministre, nous vivons les problèmes au quotidien, en particulier en ce qui concerne les personnes âgées.

Au final, les économies que vous réaliserez au détour d'un amendement seront reportées sur les assurés.

**M. le président.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour explication de vote.

**Mme Raymonde Le Texier.** L'amendement du Gouvernement règle le problème du référentiel proposé par l'UNCAM et validé par la Haute Autorité de santé, que nos collègues ont eu raison de soulever. Toutefois, il ne résout pas la difficulté que nous avons évoquée.

Madame la ministre, vous m'avez indiqué que l'orthophonie n'était pas concernée.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vais vous répondre plus complètement sur ce point !

**Mme Raymonde Le Texier.** J'écouterai bien entendu attentivement votre réponse, madame la ministre. Cependant, dans l'exposé des motifs de l'article 34, qui figure dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, n° 1157, déposé à l'Assemblée nationale, il est écrit ceci : « Les actes de rééducation, comme la masso-kinésithérapie, mais aussi l'orthophonie et l'orthoptie, sont concernés. »

Nous voterons contre l'amendement proposé par le Gouvernement, parce que nous réaffirmons qu'il appartient aux professionnels du secteur paramédical d'appliquer les référentiels et les recommandations de la Haute Autorité de santé de manière adaptée aux patients, après avoir réalisé une évaluation des troubles liés à la pathologie.

Si les référentiels de la Haute Autorité de santé précisent, pour certaines pathologies ou certains traitements, un nombre maximal de séances, il revient au professionnel de santé qui dispense les soins d'appliquer ces textes, donc de définir lui-même le nombre de séances en conséquence.

**M. le président.** La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

**Mme Nathalie Goulet.** Je voterai cet amendement qui règle en grande partie les problèmes posés par cet article.

Au sujet des kinésithérapeutes, je voudrais évoquer le cas d'un grand centre de rééducation du département de l'Orne, situé entre Bagnoles-de-l'Orne et La Ferté-Macé, auquel le plan Hôpital 2012 a attribué des crédits très importants. Je tiens d'ailleurs à saluer cette décision.

Je n'ai pas eu l'occasion de l'indiquer lors de la discussion générale, ni au moment du débat thématique sur l'hôpital, mais nous sommes exactement dans le cas d'une remise à plat du système ayant donné un excellent résultat, alors que l'établissement était en mauvais état et ne rendait pas les services escomptés.

Je voterai donc votre amendement, madame la ministre, pour la protection de cette profession, mais aussi du patient. J'attire simplement l'attention sur le retour des autorisations préalables, qui risque d'aller à l'encontre de l'objectif de simplification administrative ; mais la profession est suffisamment responsable pour qu'il n'y ait pas de problème.

**M. le président.** La parole est à Mme Muguette Dini, pour explication de vote.

**Mme Muguette Dini.** L'amendement du Gouvernement, rectifié selon la proposition de la commission, me rassure et je le voterai.

Par conséquent, je retire mon amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 350 est retiré.

La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

**M. Alain Milon.** Je voterai l'amendement n° 528 rectifié, madame la ministre, mais il me semble que le lien tutélaire entre la Haute Autorité de santé et l'UNCAM demeure, ce qui est tout de même un peu dérangent.

**M. Guy Fischer.** Bien sûr !

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'ai peut-être pas été claire au sujet des orthophonistes, et je prie Mme Le Texier de m'en excuser. Je voudrais apporter quelques précisions, afin de dissiper les interrogations et les craintes qui ont pu s'exprimer.

L'orthophonie figure effectivement dans la liste des professions, mais elle n'est pas concernée pratiquement. Cette profession a été en avance sur son temps en prévoyant la réalisation d'un bilan orthophonique, dans lequel l'orthophoniste pose le diagnostic précis et propose un nombre de séances – contrairement au bilan en kinésithérapie, qui ne détermine le nombre de séances que si le médecin prescripteur ne l'a pas précisé –, et une évaluation préalable assez précise pour tous les actes d'orthophonie, par groupe de trente séances, ainsi que des modalités de renouvellement.

L'orthophonie a adopté une nomenclature traçante, qu'il ne faut pas confondre avec les référentiels, qui n'existent pas en orthophonie. La question de l'instauration de référentiels

a été abordée lors des négociations de la dernière convention, mais elle a été abandonnée faute de travail préalable de la Haute Autorité de santé.

Les pratiques sont moins dispersées en orthophonie qu'en masso-kinésithérapie, mais elles mériteraient de faire l'objet d'une évaluation de la CNAMTS.

Bien entendu, le bilan orthophonique ne disparaîtra pas, surtout en l'absence de référentiel de l'UNCAM en application du présent article.

Si, d'aventure, cet article venait à s'appliquer, le bilan ne pourrait valoir prescription d'un nombre de séances que dans le cadre du référentiel de la pathologie. Si le bilan orthophonique mentionnait trente séances alors que le référentiel ne permet d'en rembourser que vingt-trois, par exemple, l'orthophoniste devrait adresser une demande d'entente préalable à la Caisse avant de poursuivre les séances.

L'embarras administratif serait plutôt réduit, mais la nécessité de se conformer à un référentiel serait augmentée, limitant d'autant leur liberté d'autoprescription. En tout état de cause, les référentiels seraient définis selon les modalités de l'amendement n° 528 rectifié, ce qui garantit une approche médicale de la prescription orthophonique.

Pour l'instant, en tout cas, il n'y a pas de référentiel.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 528 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements nos 141, 274, 390 et 384 rectifié n'ont plus d'objet.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour explication de vote sur l'article 34.

**Mme Raymonde Le Texier.** Nous voterons, bien entendu, contre cet article.

Je profite de cette explication de vote pour faire part de mon inquiétude à Mme la ministre. L'approche purement comptable nous amène à mettre dans le même panier tous les spécialistes, y compris les orthophonistes.

Aujourd'hui, on réduit le nombre de prises en charge. Pour une même pathologie, en France, on prescrit une séance hebdomadaire, contre trois séances hebdomadaires dans les pays du nord de l'Europe. Pourtant, les personnes qui connaissent ces questions savent que deux séances par semaine sont souvent nécessaires pour progresser. Or, avec cet article, on va verrouiller encore un peu plus le système.

Si on peut imaginer que certaines personnes se rendent chez leur masseur-kinésithérapeute pour des raisons esthétiques, par exemple, on va rarement chez l'orthophoniste pour passer le temps ! Au contraire, nombre d'enfants devraient être pris en charge en orthophonie bien plus tôt.

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 34.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

*(Le scrutin a lieu.)*

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 41 :

Nombre de votants.....	339
Nombre de suffrages exprimés.....	336
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	169
Pour l'adoption.....	189
Contre.....	147

Le Sénat a adopté.

#### **Article 34 bis**

Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes locaux d'assurance maladie mettent à la disposition des patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un contrat tel que mentionné au premier alinéa. »

**M. le président.** L'amendement n° 460, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Avant le premier alinéa de cet article, ajouter un paragraphe ainsi rédigé :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Préalablement à la signature d'un contrat, tel que mentionné ci-avant et comportant des engagements individuels, les organismes locaux d'assurance maladie en transmettront copie aux conseils départementaux de l'ordre national des médecins pour avis. Ces derniers devront rendre leur avis dans un délai fixé par décret. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 34 bis.

*(L'article 34 bis est adopté.)*

#### **Articles additionnels après l'article 34 bis**

**M. le président.** L'amendement n° 440, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34 bis, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatorzième alinéa (13°) de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectués directement par les patients et communiqués par les associations agréées de patients ; ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit de faire participer les patients au système de pharmacovigilance.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement, sous réserve d'une rectification : je propose que vous remplaciez la conjonction de coordination « et » par « ou », monsieur le sénateur.

À mon sens, les informations de pharmacovigilance relatives à d'éventuels effets indésirables doivent pouvoir être signalées à l'AFSSAPS aussi bien directement par les patients que par les associations agréées. Les deux canaux de transmission doivent, me semble-t-il, être maintenus.

Je suggère donc de remplacer les mots : « effectués directement par les patients et communiqués par les associations agréées de patients » par les mots : « effectués directement par les patients ou communiqués par les associations agréées de patients ».

Si vous acceptez de procéder à cette rectification, monsieur Autain, le Gouvernement émettra un avis favorable sur votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Autain, acceptez-vous de rectifier votre amendement en ce sens ?

**M. François Autain.** Oui, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 440 rectifié, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, et ainsi libellé :

Après l'article 34 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatorzième alinéa (13°) de l'article L. 5121-20 du code de la santé publique est complété par les mots : « , ainsi que les modalités de signalement d'effets indésirables effectués directement par les patients ou communiqués par les associations agréées de patients ; ».

Je le mets aux voix.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 34 *bis*.

L'amendement n° 445, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 34 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, seules les campagnes publicitaires concernant les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 peuvent s'adresser au public. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** En France, la publicité directe pour les médicaments remboursables par la sécurité sociale et pour ceux qui sont disponibles uniquement sur prescription médicale n'est pas autorisée, à l'exception des vaccins et des médicaments utilisés dans le sevrage tabagique.

Les conditions qui régissent la diffusion télévisuelle et radiophonique des publicités pour les vaccins sont fixées par l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : « Sauf pour les campagnes vaccinales institutionnelles, les campagnes publicitaires auprès du public pour des vaccins obligatoires ou recommandés, sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés, ne sont autorisées que si elles sont assorties, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires que le Haut Conseil de la santé publique détermine en prenant en compte les caractéristiques de tels messages publicitaires audiovisuels. »

Or, dans un avis du 17 octobre 2008 relatif aux mentions minimales obligatoires pour les messages publicitaires télévisuels et radiodiffusés sur les vaccins contre les papillomavirus, le Haut Conseil de la santé publique a déclaré déplorer « que les firmes productrices de vaccins soient autorisées à faire des publicités télévisuelles ou radiodiffusées pour le grand public ».

La vaccination est une mesure préventive de santé publique essentielle. Or la diffusion de messages publicitaires s'effectue au détriment d'une réelle information des patients, car les objectifs commerciaux prévalent et les mentions relatives au bon usage des vaccins sont parfois abrégées, voire absentes.

C'est la raison pour laquelle la promotion de la vaccination doit être assurée par les autorités de santé, et uniquement par elles. Cela permettra de garantir une information fiable et indépendante au grand public.

Par conséquent, cet amendement vise à supprimer le dispositif dérogatoire autorisant les publicités télévisuelles ou radiodiffusées pour le grand public en faveur des vaccins. La mission d'information sur la vaccination doit être assurée par les autorités sanitaires.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 445.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

### Article 35

I. – La section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 161-36-4-3 ainsi rédigé :

« Art L. 161-36-4-3. – Le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

II. – Après la deuxième phrase de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Son élaboration et sa mise en œuvre sont assurées par le groupement d'intérêt public visé à l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale. »

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 142, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Selon les chiffres officiels, en tout cas selon ceux qui figurent sur le site Internet du dossier médical personnalisé, le DMP, il n'y aurait guère que 38 200 dossiers ouverts, dont 5 000 à peine sont utilisés active-

ment. Autant dire qu'il y en a plus de 30 000 en déshérence. Nous sommes donc très loin des objectifs initialement fixés, à savoir 10 millions de DMP actifs en 2006.

Pourtant, les ministres successifs de la santé nous présentaient le DMP comme la « clé de voûte » de tout le système. Comme celui-ci ne s'est pas effondré, malgré l'échec du DMP, nous avons la preuve que certains arguments étaient quelque peu exagérés.

Il n'en demeure pas moins que l'épopée du DMP tourne à la véritable gabegie. Le dispositif était censé permettre d'économiser entre 3,5 milliards d'euros et 6,5 milliards d'euros. J'en conviens, il s'agit de sommes non négligeables. Dans les faits, la mise en place du DMP aura permis de réaliser un véritable exploit : dépenser environ 21 millions d'euros pour une « expérimentation tronquée dont il n'a été permis que de tirer des enseignements très généraux que l'on aurait pu énoncer d'avance », comme le précisait l'IGAS dans un rapport rendu public au mois de novembre 2007 !

Or l'article 35 prévoit de réinvestir financièrement dans le DMP, en autorisant la participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie dans le nouveau groupement d'intérêt public.

Madame la ministre, vous avez, il est vrai, suivi une recommandation du député Jean-Pierre Door. Mais vous comprendrez que nous ne puissions voter une telle disposition en l'état actuel.

Le groupe CRC considère que le DMP nécessite une remise à plat du système en lui-même. Il faut clairement définir les besoins, sécuriser l'outil et – pourquoi pas ? – lui confier une mission de santé publique qui ne soit pas axée sur la seule lutte contre la fraude.

Voilà ce que nous vous proposons. Nous ne pouvons pas nous contenter de la simple création d'un GIP, financé sur le déficit des régimes obligatoires, et dont le montant de la participation serait renvoyé au décret, pour ne pas dire au secret !

**M. le président.** L'amendement n° 526, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I de cet pour l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail. »

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'article 35 concerne la future agence des systèmes d'information de santé partagés, ou ASIP, qui réunira les missions des groupements d'intérêt public consacrés au dossier médical personnel, ou GIP-DMP, à la carte de professionnel de santé, ou GIP-CPS, ainsi que celles du département interopérabilité du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, ou GMSIH.

Ces trois groupements emploient des personnels contractuels majoritairement de droit privé, ce type de contrat étant nécessaire pour recruter les profils très spécialisés dont ces groupements ont besoin pour remplir leur mission. Or les modalités de recrutement des personnels des GIP sont

dérogatoires aux dispositions de l'article 21 de la loi d'orientation et de programmation du 15 juillet 1982 pour la recherche et le développement technologique de la France.

Pour permettre les recrutements de la future agence, notamment des agents titulaires de la fonction publique ou des contractuels, en particulier les personnels issus des trois groupements que je viens de mentionner, il est nécessaire de le prévoir dans la loi.

Tel est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 143, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – En annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Gouvernement communiquera au Parlement un rapport sur l'état d'avancement des travaux du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Autant nous pourrions discuter quant à la philosophie du DMP, autant nous ne pouvons vous suivre s'agissant du coût du dispositif.

Par cet amendement, qui est un amendement de repli par rapport à l'amendement n° 142, nous proposons que le Gouvernement communique au Parlement un rapport sur l'état d'avancement des travaux du groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, ce afin de pouvoir au moins disposer d'une évaluation financière du coût de ce nouvel investissement, qui viendra accroître le coût du dossier médical personnalisé. Initialement, il devait s'élever à 14 euros par personne ; il représenterait, depuis 2007, au moins 400 euros par DMP, et ce chiffre n'est qu'une estimation !

C'est pourquoi nous présentons cet amendement.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** S'agissant de l'amendement de suppression n° 142 la commission émet, à l'évidence, un avis défavorable, car on ne peut priver l'ASIP de ressources.

Quant à l'amendement n° 143, nous aurons tout loisir, en commission des affaires sociales, de demander au Gouvernement de nous présenter un bilan sur l'activité de ce GIP. S'il ne le fait pas, il sera toujours temps de demander la communication d'un rapport. Mais, pour l'heure, cette disposition ne paraît pas utile.

Au bénéfice de ces explications, la commission sollicite le retrait de cet amendement.

Enfin, la commission est favorable à l'amendement n° 526, qui devrait faciliter le fonctionnement de l'Agence.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Bien entendu, je ne suis pas favorable à l'amendement n° 142 tendant à supprimer l'ASIP ; il s'agit d'un outil très utile, comme je l'ai indiqué à plusieurs reprises.

Quant à l'amendement n° 143 concernant la communication par le Gouvernement d'un rapport au Parlement, il est évident que la convention constitutive du GIP-ASIP établira les modalités de présentation d'un rapport d'activité à l'assemblée générale et au conseil d'administration, comme

c'est actuellement le cas pour les GIP dont les missions seront ainsi regroupées. Cet amendement me paraît donc inutile.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 142.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 526.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Madame David, l'amendement n° 143 est-il maintenu ?

**Mme Annie David.** Je prends acte de l'engagement qui vient d'être pris quant à l'établissement d'un rapport d'activité. Aussi, je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 143 est retiré.

Je mets aux voix l'article 35, modifié.

*(L'article 35 est adopté.)*

#### Articles additionnels après l'article 35

**M. le président.** L'amendement n° 335, présenté par Mmes Payet et Dini, MM. Mercier, J. Boyer, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste, est ainsi libellé :

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La certification des logiciels d'aide à la prescription médicale est obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. »

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

**Mme Anne-Marie Payet.** Cet amendement vise à rendre obligatoire la certification des logiciels d'aide à la prescription et à permettre sa mise en œuvre rapide en médecine de ville, afin que tous les logiciels qui ont été mis sur le marché soient certifiés à la fin de l'année 2009.

En effet, les logiciels d'aide à la prescription constituent des outils informatiques servant à élaborer des ordonnances médicales. Depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé est chargée de certifier ces logiciels selon un ensemble de règles de bonne pratique, ce qui contribue à améliorer la sécurité de la prescription médicamenteuse et à diminuer les coûts de traitement à efficacité égale.

Toutefois, cette certification est aujourd'hui facultative, ce qui présente de nombreux risques, aussi bien en termes de sécurité sanitaire que sur le plan économique.

Nous proposons donc cet amendement afin de garantir aux prescripteurs une information de haute qualité, exhaustive, fiable, non biaisée, actualisée et non promotionnelle.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout en comprenant la volonté des auteurs de l'amendement de rendre obligatoire la certification, qui est une procédure déjà actée, je crains que la disposition proposée n'ait un effet contreproductif en freinant les fabricants de logiciels dans leur démarche.

J'émet donc un avis défavorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 335.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 277, présenté par M. Domeizel, Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 35, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la fin du dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale sont ajoutés les mots : « ou lorsque la consultation se fait à la demande d'un médecin du travail ».

La parole est à M. Jean-Jacques Mirassou.

**M. Jean-Jacques Mirassou.** À l'heure actuelle, lorsqu'un patient est adressé par un médecin du travail à un spécialiste, il doit obligatoirement consulter son médecin traitant.

Cet amendement vise à permettre à un patient de consulter un spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant, à charge bien sûr pour le spécialiste d'adresser le compte rendu de sa consultation au médecin traitant concerné.

Cette mesure est destinée à réaliser des économies.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je souhaite entendre l'avis du Gouvernement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ne souhaite pas ouvrir une nouvelle dérogation au parcours de soins coordonnés.

Il est indispensable de conférer au seul médecin traitant la possibilité d'orienter le patient dans son système de santé, ce qui n'empêche pas le médecin du travail de prendre contact avec le médecin traitant et, en fonction des éléments collectés par ce dernier, d'établir un dialogue avec lui afin d'orienter le malade vers un spécialiste. Mais il appartient au médecin traitant, et à lui seul, d'établir la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et devant figurer dans le DMP.

En outre, la disposition proposée serait difficile à mettre en œuvre sur le plan pratique.

Par conséquent, j'émet un avis défavorable sur cet amendement, même si j'en comprends la motivation.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 277.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 35 bis

I. – Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-3-2. – Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues par les dossiers médicaux personnels. »

II. – Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale s'applique dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> du même code.

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 147, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** L'expérimentation n'est pas encore terminée et, déjà, on se précipite pour en réaliser une autre ! C'est à croire, surtout s'agissant du dossier médical personnel, que les leçons de l'expérience n'ont pas été tirées.

Par cet article 35 *bis*, vous nous proposez de créer un dispositif portable d'hébergement de données informatiques, censé recueillir le dossier médical personnel d'une certaine catégorie de malades ; j'y reviendrai.

En fait, cette proposition d'expérimentation est la dernière tentative pour sauver le DMP. Conçu comme le pilier de la réforme, il pourrait bien devenir demain facultatif ; je l'ai entendu dire à plusieurs reprises, notamment par vous-même, madame la ministre. Ce serait la porte de sortie ?...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un avis de la CNIL !

**M. Guy Fischer.** Vous venez de me donner la réponse, madame la ministre !

Il y a là matière à réflexion. La sécurité sociale va communiquer nos données de santé aux organismes complémentaires. Cela constitue un premier pas. C'est le prix à payer, puisque le Gouvernement instaure une taxe de 1 milliard d'euros payable par les mutuelles, lesquelles entendent la récupérer.

Nous notons votre volonté d'aller plus loin. Nous partageons les inquiétudes de la CNIL.

Aussi, nous proposons de supprimer cet article.

**M. le président.** L'amendement n° 17, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 161-36-3-2 du code de la sécurité sociale, après la référence :

L. 161-36-1

insérer les mots :

et avant l'expiration d'un délai de cinq ans

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** C'est un amendement de précision, de même que l'amendement n° 503 de la commission sur ce même article.

**M. le président.** Le sous-amendement n° 529, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa de l'amendement n° 17, remplacer le mot :

cinq

par le mot :

deux

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est un sous-amendement de précision.

**M. le président.** L'amendement n° 503, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 161-36-3-2 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Avant le 15 septembre de chaque année, il remet au Parlement un rapport qui en présente le bilan.

Cet amendement est défendu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 147 et sur le sous-amendement n° 529 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** L'avis de la commission ne peut être que défavorable sur l'amendement de suppression n° 147.

S'agissant du sous-amendement n° 529, le Gouvernement veut aller plus vite que je ne l'avais proposé. Pour une fois qu'il est prêt à mettre les moyens afin que les choses avancent rapidement, je ne peux que m'en féliciter et j'émetts un avis favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En ce qui concerne l'amendement n° 147, l'orateur s'est un peu égaré, me semble-t-il : il s'agit de l'expérimentation de l'enregistrement sur une clé USB, expérimentation qui est intéressante. Si ce système fonctionne, nous continuerons ; sinon, nous arrêterons.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Quant aux amendements n°s 17 et 503, il émet un avis favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 147.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 529.

(Le sous-amendement est adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 17, modifié.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 503.  
(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 35 *bis*, modifié.  
(*L'article 35 bis est adopté.*)

#### Article additionnel après l'article 35 *bis*

**M. le président.** L'amendement n° 361 rectifié *bis*, présenté par MM. Leclerc et Dériot, est ainsi libellé :

Après l'article 35 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après les mots : « celui-ci », la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « tout pharmacien d'officine, ou pharmacien de pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé pour la délivrance au public des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est tenu de consulter et d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. »

La parole est à M. Gérard Dériot.

**M. Gérard Dériot.** Cet amendement a pour objet d'étendre l'obligation de consultation du dossier pharmaceutique créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ; c'est un dossier électronique visant à sécuriser la distribution des médicaments dans les officines de pharmacie. Cette obligation s'appliquerait ainsi au pharmacien de pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé ou du moins au pharmacien d'un établissement qui a une pharmacie à usage intérieur. Il s'agit, en fait, de l'utilisation du dossier pharmaceutique et de l'obligation pour ces pharmacies de s'y référer, à l'instar des officines.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Les pharmaciens veulent s'imposer à eux-mêmes une contrainte, au demeurant tout à fait justifiée.

La commission émet un avis de sagesse favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis défavorable à cet amendement non pas sur le fond, mais parce que la mesure proposée est à l'évidence prématurée.

En fait, il s'agit d'une demande du président de l'ordre des pharmaciens d'étendre l'utilisation du dossier pharmaceutique aux pharmacies à usage intérieur pour les médicaments rétrocedés. Cette mesure nécessite une étude de faisabilité. D'après les premières analyses, son coût serait probablement très élevé pour un faible bénéfice. Pour l'instant, je suis dans l'impossibilité de financer une telle extension, dont la charge incomberait à mon ministère.

Il faut soutenir cet outil, mais nous perdrons ainsi une bonne maîtrise de l'articulation des différents systèmes, notamment entre le dossier médical personnel et le dossier pharmaceutique.

Monsieur Dériot, nous allons suivre cette question avec beaucoup d'intérêt. Je m'engage à lancer une étude préalable sur l'extension du dossier pharmaceutique à l'hôpital pour l'ensemble des médicaments dispensés dans les établissements de santé et pour les seuls médicaments dits « de rétrocession ».

Au bénéfice de cet engagement, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

**M. le président.** Monsieur Dériot, l'amendement n° 361 rectifié *bis* est-il maintenu ?

**M. Gérard Dériot.** Madame la ministre, je comprends votre réponse, mais je tiens à dire que les pharmaciens d'officine, qui sont suffisamment critiqués par ailleurs depuis des années,...

**M. François Autain.** Ce n'est peut-être pas fini !

**M. Gérard Dériot.** ... ont su instaurer le *numerus clausus* d'installation, système qui réglerait le problème pour les médecins.

Par ailleurs, s'agissant de la sécurité – cela répond à une volonté constante de la profession –, ils ont su également mettre en place sans difficulté le dossier pharmaceutique. Pour les pharmacies à usage intérieur des hôpitaux, qui ne sont pas non plus à l'abri d'accidents, ce serait indispensible.

J'ai bien compris que vous étudiez la question, que cette mesure coûterait cher, que vous allez sans doute, dès l'année prochaine, vous rallier à cette proposition. Dans ces conditions, je retire mon amendement, persuadé qu'une telle disposition figurera d'emblée dans le prochain PLFSS. (*Sourires.*)

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** C'est bientôt Noël ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. le président.** L'amendement n° 361 rectifié *bis* est retiré.

#### Article 36

I. – Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-2. – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations.

« Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, que le dépassement de ce taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider de conclure, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement.

« En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie peut être réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

II. – Après l'article L. 162-5-16 du même code, il est inséré un article L. 162-5-17 ainsi rédigé :

« Art L. 162-5-17. – À défaut d'identification, par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15, des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

« Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient. »

III. – L'article L. 162-22-7 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés. »

IV. – Le I du présent article s'applique pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2009. Le II entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**M. le président.** L'amendement n° 71, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

I. – Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

peut décider de conclure

par le mot :

conclut

II. – Dans la première phrase du dernier alinéa du même texte, remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou., rapporteur pour avis.** Le présent article introduit une nouvelle procédure de régularisation des prescriptions hospitalières des médicaments les plus onéreux. Dans sa rédaction actuelle, cette procédure est facultative.

Or, pour plus d'efficacité – nous en avons besoin ! – et pour renforcer la maîtrise des dépenses hospitalières – nous en avons également besoin – il convient de rendre cette procédure automatique dès lors que l'ARH estime que l'établissement de santé présente un taux d'évolution atypique de ce type de prescription.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Favorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 71.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** L'amendement n° 149, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter le dernier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

Les dispositions de cet alinéa ne sont pas applicables aux établissements visés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Cet amendement vise à supprimer les sanctions encourues par les directeurs d'hôpitaux qui ne parviennent pas à modérer la croissance du montant représenté par la liste en sus, c'est-à-dire la liste des médicaments onéreux facturés en dehors de la T2A.

Cette mesure est injuste, car elle ne vise pas les véritables responsables de cette dérive. En effet, la dépense liée aux molécules onéreuses est hors du contrôle des hôpitaux.

Dès lors que l'efficacité d'une molécule onéreuse est validée scientifiquement et que celle-ci a obtenu une autorisation de mise sur le marché, au nom de quelle légitimité pourrait-on contester la nécessité d'utiliser les molécules les plus récentes et donc les plus coûteuses ? Ce n'est pas l'hôpital qui décide du prix des médicaments, même s'il contribue, je le reconnais, à leur élaboration.

Comment, dans ces conditions, reprocher aux directeurs des hôpitaux de ne pas contrôler ce type de dépenses ? Si l'on considère que le prix des médicaments les plus innovants est trop élevé, ce que j'admets volontiers, c'est aux autorités sanitaires de prendre leurs responsabilités et non aux directeurs des hôpitaux.

Madame la ministre, tout à l'heure ; je vous ai fait une suggestion – malheureusement, vous ne l'avez pas retenue – qui consistait à remettre en cause cette procédure accélérée de dépôt de prix, qui augmente considérablement le prix des molécules onéreuses.

C'est en amont qu'il faut agir, me semble-t-il, et non pas en aval, auprès des directeurs d'hôpitaux qui n'y peuvent mais, sauf à porter atteinte à la qualité des soins dispensés ou à priver de molécules onéreuses un certain nombre de malades qui en auraient pourtant besoin.

Je vous mets en garde contre les risques que comporte l'article 36. Notre amendement vise à en faire disparaître les aspects les plus nocifs, mais cet article mériterait d'être supprimé. Voilà pourquoi nous ne le voterons pas, sauf si vous acceptez l'amendement qui vous est proposé.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Nous pensons qu'il faut réguler les molécules en sus et que les mesures prises pour la régulation vont dans le sens souhaité.

**M. François Autain.** Il faut bien sûr réguler, mais pas comme cela !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission émet donc un avis défavorable.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le taux d'évolution des coûts de cette liste en sus représente 15 % par an,...

**M. François Autain.** Eh oui !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** ... mais à l'intérieur de ce taux d'augmentation global, de grandes disparités existent.

Il s'agit non pas de revenir sur la nécessité de prendre en compte ces thérapeutiques innovantes et très coûteuses, mais de se demander pourquoi tel ou tel établissement enregistre

des augmentations considérables, très supérieures au taux d'évolution national. Sur la base de ce constat, l'ARH – demain l'ARS – établira un plan d'action fondé sur des critères médicalisés.

Le Gouvernement demande une diminution du taux de remboursement des établissements qui refusent de souscrire ce plan d'action. Il s'agit, me semble-t-il, d'une bonne maîtrise médicalisée. Il faut s'interroger quant aux pratiques et aux méthodes ; la patientèle le justifie peut-être !

La solidarité nationale doit s'appliquer à bon escient et dans un contexte de maîtrise médicalisée.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 149.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 36, modifié.

*(L'article 36 est adopté.)*

### Article 37

L'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-27.* – Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

« Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

« Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article. » – *(Adopté.)*

### Article 37 bis

Le *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour l'application du présent *b*, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée

différente de celle de la spécialité de référence, à condition qu'elles appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

**M. le président.** Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 410, présenté par M. Darniche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Philippe Darniche.

**M. Philippe Darniche.** Je serai bref, monsieur le président. En effet, lorsque j'ai déposé mon amendement, j'ai constaté que le Gouvernement avait déposé un amendement qui semble satisfaire le mien.

Dans ces conditions, je vais écouter le Gouvernement et je retirerai probablement mon amendement.

**M. le président.** L'amendement n° 519, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le second alinéa de cet article, les mots :  
qu'elles appartiennent  
sont remplacés par les mots :

que ces spécialités et la spécialité de référence appartiennent

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur le président, si vous le permettez, je présenterai conjointement les amendements n°s 519 et 520.

**M. le président.** J'appelle donc également l'amendement n° 520, présenté par le Gouvernement, et ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La deuxième phrase du *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

– les mots : « qui présente la même composition qualitative et quantitative en principes actifs » sont remplacés par les mots : « qui présente la même composition qualitative en substance active, la même composition quantitative en substance active ou, à défaut, une fraction thérapeutique active identique dans les limites prévues à l'Annexe I de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ».

– elle est complétée par les mots : « et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité. »

Veillez poursuivre, madame la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** L'article 37 *bis* vise à développer les médicaments génériques, objectif qui me semble recueillir un large consensus sur toutes les travées de cet hémicycle.

La proportion des médicaments génériques délivrés en France, 20 %, reste moins importante qu'en Allemagne où ce taux atteint 56 % ou au Royaume-Uni où il atteint 64 %.

En l'état actuel, l'article 37 *bis* prévoit simplement la possibilité d'inscrire sur le répertoire des génériques des médicaments oraux à libération modifiée, sans que la différence de forme galénique – comprimé ou gélule – présente un obstacle.

Une telle extension ne fait que corriger une aberration : il n'est pas normal qu'un médicament largement « générique » ne puisse être substitué au princeps pour la seule raison qu'il est présenté en gélules alors que le princeps l'est en comprimés ou parce que son système d'enrobage est légèrement différent.

Cette proposition recueille l'accord de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et ne présente aucune difficulté de santé publique.

Le Gouvernement vous propose donc deux amendements.

L'article 37 *bis* consiste à étendre aux formes orales à libération modifiée ce qui est déjà possible et pratiqué pour les formes orales à libération immédiate. Bien entendu, il s'agit de substitution de formes à libération prolongée entre elles et non de substitution de formes à libération immédiate par une forme à libération prolongée.

Un même groupe pourra contenir les différentes présentations galéniques d'une forme à libération modifiée. En revanche, ce groupe ne mélangera pas des formes à libération immédiate et des formes à libération modifiée. Pour clarifier ce point – qui a fait hésiter certains d'entre vous – le Gouvernement vous propose un amendement rédactionnel de clarification : l'amendement n° 519.

L'amendement n° 520 vise à élargir la possibilité de substitution à des spécialités contenant le même principe actif, mais sous une forme chimique différente – sels, esters, par exemple –, dès lors que la substance qui, finalement, est libérée et agit dans l'organisme est qualitativement et quantitativement la même. C'est ce qui est appelé, dans ce projet de loi, la « fraction thérapeutique active ».

Je précise que le laboratoire concerné devra continuer à démontrer la bioéquivalence par rapport au médicament qui est encore sous brevet.

En revanche, l'autre condition exigée jusqu'à présent pour obtenir l'inscription au répertoire est assouplie. En effet, l'identité exacte de composition qualitative et quantitative en principes actifs sera élargie à la notion de fraction thérapeutique active prévue par la directive européenne de 2001.

Cet amendement nous mettra au même niveau que les autres pays européens qui, n'ayant pas de système de répertoire, utilisent cette notion directement en application de la directive.

Cette proposition, qui recueille l'accord de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, n'engendrera pas de baisse d'exigence quant au niveau de sécurité sanitaire du répertoire des groupes génériques, dispositif qui sécurise la substitution par le pharmacien.

Ces dispositions sont un peu techniques, mesdames, messieurs les sénateurs, mais elles sont extrêmement utiles et elles devraient recueillir l'unanimité... (*Sourires.*)

**M. le président.** Monsieur Darniche, l'amendement n° 410 est-il maintenu ?

**M. Philippe Darniche.** Mme la ministre m'ayant apporté les précisions nécessaires, je le retire, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 410 est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 519 et 520 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission avait envisagé de supprimer l'article 37 *bis*. Mais Mme la ministre ayant répondu à ses interrogations, elle émet un avis favorable sur ces amendements.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 519.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 520.

(*L'amendement est adopté.*)

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 37 *bis*, modifié.

(*L'article 37 bis est adopté.*)

#### Articles additionnels après l'article 37 *bis*

**M. le président.** L'amendement n° 448 rectifié, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 37 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans l'avant-dernière phrase du a) du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, après les mots : « éthers, isomères, » sont insérés les mots : « métabolites actifs ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Les métabolites actifs peuvent être utilisés pour contourner la législation sur les génériques. En effet, les industries pharmaceutiques peuvent développer des stratégies de diversification de gamme, qui sont destinées non pas à contrer l'arrivée des génériques, mais à détourner une partie de la prescription vers des produits encore protégés. Par ce biais, l'entreprise développe de nouveaux produits très proches du produit initial et susceptibles de le remplacer. C'est ainsi qu'a été développée la desloratadine, molécule dérivée de la loratadine. Les pharmaciens comprendront...

La commission de la transparence attribue à cette molécule une ASMR V, c'est-à-dire un produit considéré comme n'apportant aucune plus-value thérapeutique. Dans la négociation avec le CEPS, ce produit a obtenu un prix inférieur à celui de la molécule originale, mais supérieur au générique. Cela donne un argument supplémentaire au laboratoire pour promouvoir sa prescription et barrer la route aux génériques, en empêchant toute forme de substitution.

Afin de favoriser le développement de ces nouveaux médicaments, leur commercialisation peut s'accompagner du retrait du marché des anciens produits de la gamme, permettant ainsi le report d'une partie des ventes du princeps aux dépens des génériques. C'est particulièrement le cas de la desloratadine, métabolite actif de la loratadine, qui a capté la moitié du marché total – loratadine et desloratadine – en Allemagne et les trois quarts en Grande-Bretagne, laissant le reste du marché aux génériques.

Pour éviter que ne se répètent de tels errements, il est nécessaire, me semble-t-il, d'inclure les métabolites actifs dans la définition retenue pour les génériques.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission est défavorable à cet amendement.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement y est également défavorable.

Il vaut mieux utiliser la formule : « fraction thérapeutique active ».

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Absolument !

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 448 rectifié.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** L'amendement n° 447, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 37 *bis*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... – Toute association d'un médicament ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché avec un médicament ayant également obtenu une première autorisation de mise sur le marché doit également obtenir une autorisation de mise sur le marché initiale. Toutes ces autorisations de mise sur le marché sont considérées comme faisant partie d'une même autorisation globale, notamment aux fins de l'application de l'article L. 5121-10 du présent code. »

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Il s'agit d'éviter que certaines associations médicamenteuses ne soient utilisées pour contourner la législation relative aux génériques.

Une explication aussi brève mérite peut-être une issue plus favorable... *(Sourires.)*

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission a le même avis que précédemment.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement y est également défavorable.

Je rappelle à M. Autain l'intérêt pour les malades recevant les nouvelles thérapies du sida, par exemple, de voir associées des molécules dans un même médicament pour faciliter la prise de la thérapeutique.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Vous m'avez mal compris, madame la ministre. Il ne s'agit pas d'empêcher toute association de médicaments ! Par conséquent, je ne vois pas pourquoi vous vous opposez à cet amendement.

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 447.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

### Article 37 *ter*

Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1. »

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 19 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 411 est présenté par M. Darniche.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** L'article 37 *ter* résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale concernant la dénomination commune. Nous considérons qu'il n'est pas opportun d'introduire cette disposition dans le texte.

En conséquence, nous vous proposons, mes chers collègues, de supprimer cet article.

**M. le président.** La parole est à M. Philippe Darniche, pour présenter l'amendement n° 411.

**M. Philippe Darniche.** Pour la même raison, je demande la suppression de l'article 37 *ter*.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**M. le président.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Les objectifs sous-tendus par cet article me semblaient positifs. Cependant, la rédaction adoptée rendait la mesure difficilement applicable.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Oui !

**M. François Autain.** Pour ma part, j'aurais souhaité que cet article soit réécrit. J'avais d'ailleurs déposé un amendement en ce sens – un de plus ! –, mais l'article 40 de la Constitution m'a été opposé, ce dont vous ne pouvez que vous féliciter !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** On l'examinera l'année prochaine !

**M. François Autain.** Cela dit, je suis contre les amendements de suppression de l'article 37 *ter*.

**M. le président.** La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

**M. Bernard Cazeau.** Depuis longtemps, nous demandons la dénomination commune internationale. J'avais apprécié l'adoption de cet amendement par l'Assemblée nationale.

Je regrette donc ces amendements de suppression. Je ne comprends d'ailleurs pas bien la position de la commission, M. le rapporteur ne nous ayant donné aucune explication détaillée.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 19 et 411.

*(Les amendements sont adoptés.)*

**M. le président.** En conséquence, l'article 37 *ter* est supprimé.

**Article 37 quater**

Les molécules innovantes, les médicaments et les dispositifs médicaux récents sont régulièrement soumis à une évaluation, d'une part des coûts liés à la recherche, à l'expérimentation clinique et à la production, et d'autre part à la date de leur mise sur le marché et au nombre de cas en bénéficiant.

Chaque année, une analyse du prix pratiqué par l'entreprise pharmaceutique est réalisée au regard de ces paramètres et ceci sans attendre, en ce qui concerne les médicaments, la date de possible mise à disposition d'un générique.

En cohérence avec les résultats du dossier ainsi établi et après avis du ministère de la santé, les prix des médicaments et autres spécialités ou produits sont chaque année revus à la baisse.

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 20 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 72 est présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 20.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission considère qu'il est plus simple et plus efficace de s'en tenir aux règles aujourd'hui en vigueur.

L'obligation introduite par l'Assemblée nationale entraînerait la mobilisation de moyens considérables pour des résultats plus qu'incertains.

S'agissant des coûts de production, leur évaluation suppose la connaissance de données de comptabilité analytique auxquelles les tiers n'ont normalement pas accès. Les résultats de ces évaluations seraient donc très difficilement opposables aux entreprises.

En conséquence, il nous paraît plus sage de ne pas introduire ce dispositif dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n° 72.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Notre position est identique. Eu égard aux interrogations sur la portée juridique de cette disposition et sur son articulation avec la procédure actuelle de fixation des prix des médicaments, ainsi, surtout, qu'aux risques potentiels de cette disposition pour la recherche, nous proposons de supprimer cet article.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est favorable à ces deux amendements identiques.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n° 20 et 72.

(Les amendements sont adoptés.)

**M. le président.** En conséquence, l'article 37 quater est supprimé.

**Article 38**

I. – Après l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-1-1. – Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale au sein de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu. Le forfait inclut la prise en charge du produit, de la prestation, de l'acte et des frais d'hospitalisation associés. » ;

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du même code est supprimé. – (Adopté.)

**Articles additionnels après l'article 38**

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 150 est présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 334 est présenté par Mmes Payet et Dini, MM. Mercier, J. Boyer, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union centriste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le premier alinéa du II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments » sont insérés les mots : « et des dispositifs médicaux ».

La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 150.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement a pour objet de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi régulier et périodique des dépenses liées aux dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.

Les sommes dont il est ici question sont importantes, puisqu'elles représentent 12 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 19 milliards d'euros. Elles ne risquent pas de diminuer demain, surtout au regard du vieillissement de notre population. Pourtant, il n'existe à ce jour aucun mécanisme permettant de suivre l'évolution des dépenses liées à ce type de dispositif.

**M. le président.** La parole est à Mme Anne-Marie Payet, pour défendre l'amendement n° 334.

**Mme Anne-Marie Payet.** Le présent amendement vise à mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables.

Selon un avis récent du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les dispositifs médicaux, la variété et l'hétérogénéité de ceux-ci dissuaderaient de déployer des systèmes de surveillance économique qui leur seraient

dédiés. Pourtant, ils représentent 12 % de la consommation des soins et des biens médicaux, et leur marché connaît des taux de progression importants.

Alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer de façon obligatoire, auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, il n'existe pas de mécanisme de suivi des dépenses des dispositifs médicaux. Cette carence participe à l'opacité de ce marché, ce qui nuit à une optimisation de la régulation des dépenses de santé.

L'objet de cet amendement est de remédier à une telle situation.

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

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Sagesse.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements identiques, car cette demande est déjà satisfaite par le code de la sécurité sociale, ainsi que par le rapport édité par le CEPS.

**M. le président.** Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 150 et 334.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

#### Article 38 bis

Le Gouvernement évaluera l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudiera les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement.

**M. le président.** La parole est à Mme Gisèle Printz, sur l'article.

**Mme Gisèle Printz.** Par l'article 38 bis, le Gouvernement s'engage à évaluer l'efficacité des politiques menées en matière de contraception.

Si le Gouvernement veut agir vite, il le peut, puisqu'il dispose du rapport déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. Celle-ci s'inquiète des échecs de la contraception en France en constatant la stabilité, depuis plusieurs années, du nombre des interruptions volontaires de grossesse, les IVG. Deux femmes sur trois avortent, alors même qu'elles déclarent utiliser un contraceptif, et le nombre des IVG est en augmentation chez les mineures.

Ce double constat pose le problème de l'information, qui doit être renforcée dans les collèges, les lycées, à l'université, ainsi que dans les centres d'apprentissage, c'est-à-dire dans tous les lieux fréquentés par les jeunes, qui, on peut le constater, sont peu ou mal informés.

En effet, les centres de planning familial sont inégalement répartis sur le territoire et peu connus des jeunes. Pourquoi ne pas engager, en partenariat avec les départements et les régions, des campagnes d'information sur la contraception, en mettant en place des moyens itinérants pour aller au plus près des élèves et leur faire connaître tous les moyens contraceptifs existants ? En effet, ce qui est bon pour une personne ne l'est pas forcément pour une autre.

Bien sûr, un meilleur remboursement est également nécessaire.

L'information me paraît être le point principal des dix-sept recommandations adoptées par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes.

**M. Guy Fischer.** Très bien !

**M. le président.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** Je souhaite compléter les propos de ma collègue.

La génération des personnels de santé qui avait milité pour l'interruption volontaire de grossesse a progressivement cessé son activité. Ces personnels se sentaient concernés à la fois en tant que praticien et en tant qu'individu. Ils ont vécu l'« avant-contraception ».

Les professionnels sont donc aujourd'hui, toutes générations confondues, beaucoup moins motivés par ces questions. Il faudrait sans doute mener une action pédagogique auprès des étudiants en médecine pour attirer leur attention.

Nous devons rester très vigilants dans nos territoires respectifs, afin que l'offre médicale en matière d'interruption volontaire de grossesse ne se réduise pas, qu'elle émane d'un établissement public ou d'un établissement privé.

En quinze ans, pour les IVG, la part du secteur public est passée de 60 % à 74 % et plus d'un quart des IVG est réalisé par seulement quarante-trois établissements hospitaliers.

Nous en connaissons tous ici les conséquences : face à la pénurie de services et de praticiens pour pratiquer des IVG, les délais ne sont plus respectés et les femmes se retrouvent dans l'impossibilité de recourir à une IVG ou bien sont contraintes de se tourner vers les circuits étrangers, que certaines d'entre nous ont connus jadis.

**M. le président.** L'amendement n<sup>o</sup> 21, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Dans la première phrase de cet article, remplacer le mot :

évaluera

par le mot :

évalue

et le mot :

étudiera

par le mot :

étudie

II. – Dans la seconde phrase de cet article, remplacer le mot :

feront

par le mot :

font

III. – Compléter cet article par les mots :

, avant le 31 décembre 2009

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision.

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

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

J'ai fait d'un meilleur accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse l'un des axes forts de ma politique de santé publique. J'ai pris, dans ce cadre, un certain nombre de dispositions, et je vais continuer dans cette voie. Vous le savez, les femmes bénéficient désormais d'un meilleur accès à l'IVG médicamenteuse et les actes d'IVG ont été revalorisés de manière significative en 2008 – l'effort se poursuivra en 2009 –, justement pour attirer les professionnels, dont vous regrettez, comme moi, l'absence.

Vous demandez une évaluation des résultats des actions en matière de contraception. Cette demande a été largement anticipée par le Gouvernement. Le Haut Conseil de la santé publique devra rendre en 2009 une évaluation des résultats atteints par rapport à l'objectif fixé par la loi de 2004.

LIGAS est en train de procéder à une évaluation de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Nous disposerons de ses conclusions dans peu de temps.

LIGAS va étudier l'accès effectif de toutes les femmes aux dispositifs prévus par la loi pour prévenir ou interrompre une grossesse non désirée. Cette analyse permettra de réaliser une synthèse de l'état de la question en s'appuyant sur les études existantes, les enquêtes de terrain et un inventaire des bonnes pratiques.

L'accès aux soins et le partage des tâches entre professionnels de santé font partie des sujets que nous évoquerons dans quelque temps, en examinant le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

**M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 21.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix l'article 38 bis, modifié.

*(L'article 38 bis est adopté.)*

6

## MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Par lettre en date de ce jour, le Gouvernement modifie comme suit l'ordre du jour prioritaire du jeudi 20 novembre : le matin, l'après-midi et le soir, suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, puis projet de loi de finances pour 2009

Acte est donné de cette communication

Je vous informe, mes chers collègues, que cent trente-six amendements restent à examiner.

Nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt-deux heures.

La séance est suspendue.

*(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq, est reprise à vingt-deux heures, sous la présidence de Mme Monique Papon.)*

## PRÉSIDENCE DE MME MONIQUE PAPON

**vice-présidente**

**Mme la présidente.** La séance est reprise.

7

## FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

### Suite de la discussion d'un projet de loi

**Mme la présidente.** Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, adopté par l'Assemblée nationale.

Dans la discussion des articles de la quatrième partie, nous en sommes parvenus à l'article 39.

### Article 39

I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux agences régionales de l'hospitalisation » et les mots : « et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité » sont supprimés.

II. – Le II de l'article L. 162-22-2 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours. »

III. – Le II de l'article L. 162-22-9 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

IV. – Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du même code est remplacé par un II bis ainsi rédigé :

« II bis. – Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de

l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

V. – Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du même code est remplacé par un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2. »

VI. – Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 du même code, les mots : « au second alinéa du II » sont remplacés par les mots : « au II *bis* ».

VII. – Les second alinéa du I de l'article L. 162-22-2, troisième alinéa du I de l'article L. 162-22-9, avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 et deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 et deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. »

VIII. – Le dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

1° À l'avant-dernière phrase, le mot : « progressivement » et les mots : « pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012 » sont supprimés ;

2° La dernière phrase est ainsi rédigée :

« En contrepartie de cette réduction, les établissements de santé concernés perçoivent un forfait annuel, qui diminue progressivement dans les conditions fixées par l'arrêté susmentionné. »

IX. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. »

X. – Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigé :

« II. – Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Les conditions et modalités de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations mention-

nées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. »

XI. – À la première phrase de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, après le mot : « bénéficiaire », sont insérés les mots : « d'un forfait annuel ou ».

XII. – La dernière phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigée :

« Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012. »

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

**M. Jacky Le Menn.** Je souhaite évoquer le « traitement » que l'on fait subir à l'hôpital public au travers de la fixation de l'ONDAM. Si l'on n'y prend garde, nos structures hospitalières publiques risquent de se trouver asphyxiées à très court terme. Je doute toutefois que cette situation soit le fruit du hasard...

Mon propos portera donc sur l'insuffisance du taux d'évolution de l'ONDAM pour nos hôpitaux publics. En effet, le PLFSS prévoit une progression des dépenses hospitalières d'un peu plus de 3 %, alors que l'augmentation des charges, à moyens constants, devrait s'élever mécaniquement à 4,15 %. Cet écart conduira un nombre croissant d'établissements publics à un nouveau déficit particulièrement lourd, qui, par la suite, leur sera bien évidemment reproché, avec toutes les conséquences que cela impliquera, notamment pour les gestionnaires des établissements.

Sans méconnaître les efforts d'efficience que doit poursuivre l'hôpital public, force est de constater que sa part dans les dépenses de santé n'a cessé de baisser depuis de nombreuses années.

Outre les conséquences budgétaires dangereuses, déjà connues, de ces sous-financements répétés – recours accru à l'emprunt, projets d'investissement gelés ou remis en cause, reprises sur provisions –, les plans d'économie aujourd'hui mis en œuvre comprennent de fortes mesures de réduction de la masse salariale et de l'emploi, sur lesquelles je reviendrai lorsque nous examinerons l'article 42 *bis*.

Vous le savez, madame la ministre, l'hôpital public assure des missions d'intérêt général aujourd'hui insuffisamment reconnues, même si les crédits qui leur sont affectés tendent à augmenter dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et dans le PLFSS pour 2009.

Ainsi, l'enseignement, la recherche et l'innovation – missions dont l'exercice est fondamental pour doter notre pays des compétences médicales et paramédicales qu'il est en droit d'attendre –, relèvent principalement des centres hospitaliers universitaires, les CHU. Le sous-financement de ces activités explique en grande partie les déficits que connaissent la quasi-totalité des CHU.

De même, la permanence des soins est principalement assurée par les services des urgences et d'accueil, qui sont du ressort presque exclusif de l'hôpital public.

L'hôpital public assume également, au-delà de ces services, les conséquences de l'importance de son activité non programmée et accueille les personnes en situation précaire, dont le cas présente un caractère de lourdeur spécifique.

Ce constat est important, mais trop souvent occulté – on sait pourquoi – lorsque les activités de l'hôpital public sont comparées à celles des cliniques privées à but lucratif.

Contrairement au secteur public, le secteur privé repose essentiellement sur une activité programmée et n'est pas soumis à de nombreuses dépenses médico-techniques en aval ou en amont. Le surcoût d'une activité non programmée est, je le rappelle, de l'ordre de 60 % par rapport à une activité programmée.

En outre, le périmètre d'activité des établissements publics est très différent de celui des établissements privés à but lucratif. Ainsi, en 2008, sur 799 groupes homogènes de malades, ou GHM, le panel des pathologies traitées en clinique en comporte, en moyenne, moins de 80, contre quelque 140 pour les hôpitaux publics, ainsi que je le soulignais récemment devant la commission des affaires sociales.

Non seulement ce panel est plus étendu dans le secteur hospitalier public, mais les pathologies traitées y sont également plus lourdes. Elles nécessitent donc des soins, notamment paramédicaux, plus importants, ce qui explique que les hôpitaux aient besoin d'un effectif de soignants plus fourni que les cliniques. Madame la ministre, mes chers collègues, je ne vous apprendrai rien en vous disant que, dans les comptes d'exploitation d'un hôpital, les dépenses de personnel représentent 70 % des crédits de fonctionnement, voire 80 % dans les hôpitaux psychiatriques.

De plus, les qualifications exigées du personnel, par exemple dans les blocs opératoires, sont plus strictes dans le secteur public, ce qui n'est pas sans incidence sur les budgets des hôpitaux.

C'est aussi pour toutes ces raisons qu'il convient de revoir l'ensemble des financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les MIGAC, et de dissocier de l'activité courante le financement des urgences et de la permanence des soins.

J'observe au passage qu'aucun des pays recourant à la tarification à l'activité n'a envisagé qu'elle puisse représenter plus de 50 % du financement, tandis que nous prévoyons de la porter à 100 %...

**Mme la présidente.** Veuillez conclure, mon cher collègue.

**M. Jacky Le Menn.** J'aurai l'occasion, madame la ministre, de revenir ultérieurement sur la T2A, qui, pour mon groupe, ne saurait être la panacée des maux de l'hôpital, tant s'en faut.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 417, présenté par M. Gilles, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le I de cet article :

I. – Dans le premier alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « de l'hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux membres de l'observatoire prévu à l'article L. 162-21-3, ».

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 73, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

I. – Dans la première phrase du second alinéa du IV de cet article, supprimer les mots :

, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée,

II. – Procéder à la même suppression dans le second alinéa du V de cet article.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.** L'article 39 tend à conditionner le déclenchement de la procédure de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations hospitalières à l'avis du comité d'alerte.

Il prévoit également que l'État devra préalablement consulter l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Or cette consultation redondante alourdirait la procédure. Cet amendement vise donc à la supprimer.

Je proposerai par ailleurs, au travers de l'amendement n° 74, tendant à insérer un article additionnel après l'article 39, de supprimer cet observatoire, madame la ministre. Il me semble en effet de peu d'utilité au regard des fonctions assurées par le Conseil de l'hospitalisation. J'illustrerai tout à l'heure ma démonstration en vous présentant les nombreux écrits et le rapport très substantiel produits par cet organisme !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres généraux et l'assurance maladie.** Je souhaiterais entendre l'avis du Gouvernement. J'imagine que Mme Bachelot-Narquin saura trouver les arguments pour convaincre M. Jégou de retirer cet amendement, au moins dans un premier temps.

**Mme la présidente.** Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.** Cet observatoire a été créé pour cinq ans dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Son apport est intéressant pour suivre les dépenses d'assurance maladie, sur la base d'informations partagées entre tous les acteurs : l'État, l'assurance maladie, les fédérations hospitalières. Il lui revient de rendre un avis sur le risque de dépassement avant toute décision de régulation infra-annuelle.

Cette instance entame sa troisième année d'existence. Poursuivons donc l'expérimentation jusqu'à son terme. Nous serons alors en mesure de juger de l'utilité de l'observatoire et nous tirerons les conclusions qui s'imposeront.

Je prends acte de vos réserves, monsieur Jégou, mais je vous propose néanmoins de retirer cet amendement.

**Mme la présidente.** Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 73 est-il maintenu ?

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** La commission des finances n'est pas supérieure aux autres (*Sourires*), mais elle essaye parfois de faire un peu de ménage !

Je voudrais tout de même vous montrer le somptueux rapport produit par cet observatoire... (*M. le rapporteur pour avis présente des feuillets dactylographiés.*) Je suis d'ailleurs persuadé qu'il figure en bonne place sur votre table de chevet, madame la ministre !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Tout à fait ! (*Nouveaux sourires.*)

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Je ne veux pas être cruel, et je n'insisterai donc pas. Il nous reste trois ans d'expérimentation avant de décider du sort de cet observatoire. Dans cette perspective, je retire cet amendement, et j'annonce d'ores et déjà que je retire également l'amendement n° 74.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 73 est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 246 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 278 est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chev , MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter le second alinéa du IV de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population.

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 246.

**M. François Autain.** Le système de régulation prix-volume s'applique à ce jour de manière indifférente quel que soit le périmètre du tarif, quelle que soit la nature des activités au sein du champ MCO – médecine, chirurgie, obstétrique – et quels que soient les indicateurs de santé.

Dans la mesure où les effets de volume relèvent plus particulièrement des secteurs qui pratiquent beaucoup d'actes et d'interventions, comme la chirurgie, il convient que chaque segment du champ MCO supporte de manière spécifique l'évolution de son activité en volume en termes de fixation de ses tarifs, ce qui est prévu à l'article 39 de ce projet de loi.

Par ailleurs, les caractéristiques régionales ne sont toutefois pas prises en compte dans la régulation prix-volume : certaines régions, sous-consommatrices de soins et dont les indicateurs de santé sont défavorables, voient leurs tarifs alignés sur ceux de régions plus riches, dont la consommation de soins est bien supérieure à la moyenne nationale.

Notre proposition s'inscrit dans la continuité du rapport du député André Flajolet sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Elle tend à intégrer dans la régulation prix-volume une disposition visant à corriger les inégalités interrégionales, en tenant compte des indicateurs régionaux de santé publique et de la fréquence du recours aux soins par les populations.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 278.

**Mme Raymonde Le Texier.** Les caractéristiques régionales ne sont pas prises en compte dans la régulation prix-volume : certaines régions, sous-consommatrices de soins et dotées d'indicateurs de santé défavorables, voient leurs tarifs ramenés au niveau de ceux de régions plus riches, où la consommation de prestations est nettement plus forte que la moyenne nationale.

Cet amendement tend donc à remédier à cette situation.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il est défavorable. Nous débattons des références régionales au moment de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, qui vise à créer les agences régionales de santé, les ARS.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souscris aux propos de M. le rapporteur.

En outre, il peut exister de fortes disparités au sein d'une même région, certains secteurs pouvant être bien mieux lotis que d'autres. Il serait très difficile de déterminer des indicateurs permettant de prendre en compte ces disparités. La création des agences régionales de santé permettra de mener des politiques au plus près des réalités.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur les amendements identiques n°s 246 et 278.

**M. François Autain.** Madame la ministre, si je comprends bien, vous nous conseillez de redéposer cet amendement lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Cela ne sera pas nécessaire, car le texte répondra à vos préoccupations !

**M. François Autain.** Dans ces conditions, je retire mon amendement !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Très bien !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 246 est retiré.

Madame Le Texier, l'amendement n° 278 est-il maintenu ?

**Mme Raymonde Le Texier.** Non, je le retire, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 278 est retiré.

L'amendement n° 152, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer le IX de cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Le IX de l'article 39 a pour objet de modifier l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, afin, précise le rapport de M. Vasselle, « d'uniformiser les règles de calcul des tarifs plafonds applicables dans les unités de soins de longue durée et celles applicables aux établissements médicosociaux », sous prétexte que ces deux types d'établissements bénéficieraient d'un mode de financement identique.

Les motivations qui sous-tendent cette disposition nous semblent claires : vous entendez tirer les plafonds vers le bas. Cette mesure comptable aura pour conséquence de placer les établissements, notamment les établissements médicosociaux, dans une situation financièrement intenable.

Ce n'est pas qu'il soit impossible d'envisager un tel mécanisme, mais cette réflexion ne peut être engagée sans disposer d'indicateurs des coûts moyens évalués et négociés avec les organisations représentant les deux types d'établissements.

Certes, les unités de soins de longue durée, les USLD, coûtent trop cher, et la transformation d'établissements hospitaliers en établissements d'hospitalisation pour personnes âgées dépendantes – les EHPAD – permettra, de toute évidence, d'accompagner la réforme des hôpitaux.

Cela étant, une telle convergence, pour reprendre une expression à la mode, si elle devait être mise en place en l'absence du préalable que j'ai évoqué à l'instant, conduirait inévitablement à l'instauration d'une référence moyenne nécessairement inadaptée.

Les dépenses hospitalières représentant près de la moitié du total des dépenses de l'assurance maladie, le Gouvernement entend à l'évidence réaliser des économies dans ce domaine.

**M. François Autain.** Eh oui !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable. Ce sujet sera certainement évoqué lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires et lorsque nous étudierons les conclusions du rapport de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Fischer, vous connaissez les modalités de calcul de l'allocation de ressources destinée aux USLD. Elles sont identiques à celles qui valent pour les EHPAD et reposent sur le tripode classique des sections tarifaires « dépendance », « soins » et « hébergement ».

Les établissements passent progressivement à ce budget ternaire. S'agissant du calcul de la dotation « soins », le nombre croissant de résidents qui souffrent de pathologies exigeant des soins importants a rendu nécessaire une adaptation des modèles de financement. Grâce à la grille AGGIR et à la coupe Pathos, des outils ont été élaborés pour évaluer selon une périodicité régulière le niveau de dépendance et la charge de soins médicaux et techniques. Convertie en nombre de points, la charge de soins sert de base à la fixation de la dotation correspondante. Dès lors, le mode de financement de la dotation « soins » des EHPAD et des USLD se fonde sur des indicateurs objectifs.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable.

**M. Guy Fischer.** C'est sous-évalué !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 152.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 151, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le XII de cet article :

XII. – Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est supprimé.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Il s'agit en fait d'un amendement d'appel, visant à supprimer le mécanisme dit de convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Ce mécanisme constitue un élément important du processus d'achèvement de la mise en place de la tarification à l'activité, la T2A, contre laquelle nous nous sommes

régulièrement prononcés : ce sont surtout les établissements hospitaliers publics qui pâtiront de la marche forcée vers la T2A à 100 %.

En effet, la démarche engagée au travers de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 tend à assimiler les secteurs public et privé par la convergence des tarifs ou, plus exactement, des prix. Pour ce faire, vous entendez comparer les prix pratiqués, pour deux actes identiques, d'une part par l'hôpital public, d'autre part dans le secteur privé à but lucratif.

Cette comparaison devrait permettre de fixer un prix théoriquement médian. Or, outre qu'elle tend à assimiler secteur public et établissements privés à but lucratif, cette méthode comparative est déraisonnable. Elle conduira à la généralisation du moins coûteux, du moins-disant, en somme.

Si le secteur privé pratique parfois des prix inférieurs, ceux-ci ne sont pas nécessairement transposables au secteur public. Vous n'êtes pas sans savoir, madame la ministre, que les prestations fournies par les établissements publics ont un coût que l'on pourrait qualifier de global. Tel n'est pas le cas pour les établissements privés à but lucratif, lesquels facturent à leurs clients – ce sont les termes qui conviennent – certaines prestations externalisées, tels que les actes de biologie médicale, le transport ou les honoraires des médecins. Il est impératif d'avoir ces données à l'esprit quand on procède à une comparaison de prix.

Si vous entendez généraliser la présence, à l'hôpital public, d'une véritable patientèle privée – certains praticiens hospitaliers ne se privent pas d'en développer une, détournant ainsi peu à peu le secteur public de sa vocation –, c'est sans doute afin d'amoindrir les différences avec le secteur privé, ce qui vous permettra de justifier la fermeture d'établissements publics au prétexte qu'un établissement privé offre, à proximité, le même service.

Toutefois, puisque vous avez pris l'engagement de ne fermer aucun hôpital public, vous les transformerez en EHPAD, notamment, et leur assignerez d'autres missions. Certes, les besoins en la matière sont réels, nous ne le nions pas, mais nous voulons savoir ce qu'il adviendra de l'offre de soins dans le secteur public.

Contrairement à ce que prétend la majorité, il est impossible de comparer de manière complètement pertinente le secteur public et le secteur privé à but lucratif, ne serait-ce qu'en raison de leurs missions différentes. Les établissements publics ont une mission de service public : ils assurent les opérations les plus lourdes et les soins les moins rémunérateurs, que les cliniques privées refusent de pratiquer en raison de leur insuffisante rentabilité.

Cela pose d'ailleurs la question de la revalorisation de la tarification des actes : il est bien connu que l'on se soigne dans le privé quand on en a les moyens, et que l'on meurt dans le public, le privé refusant de dispenser les soins de fin de vie, trop peu rémunérateurs ! *(Murmures sur les travées de l'UMP.)*

**M. Gérard César.** Il ne faut pas exagérer !

**M. Guy Fischer.** Mais si ! C'est la vérité !

Dès lors, comment comparer les prix partiels du privé au coût total du public ?

L'apport particulier du service public dans notre pays justifie la mise en œuvre, en lieu et place de la convergence tarifaire, d'un financement à la hauteur des besoins : l'hôpital public est en difficulté en raison de son sous-financement.

Les missions particulières du service public – l'accueil de tous les patients, la prise en charge de toutes les pathologies, la permanence des soins et, ne l'oublions pas, la formation médicale – exigent un financement adapté.

Le rapport sur la convergence tarifaire vient aggraver nos craintes, en prévoyant que la comparaison devra porter sur des dépenses homogènes. Or cette homogénéité n'existe pas, en raison des missions spécifiques du service public et de la différence d'objectifs entre secteur public et secteur privé.

C'est la raison pour laquelle, attachés à la préservation d'un service public de santé de qualité qui garantit la satisfaction des besoins de tous, nous proposons la suppression du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 279, présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevê, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est supprimé.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

**Mme Raymonde Le Texier.** Je fais miens, sans réserves, les propos de M. Fischer.

Madame la ministre, je sais bien que les temps sont durs, y compris pour le budget de l'État, mais je ne saurais imaginer que vous ne soyez pas convaincue que le secteur public et les cliniques privées n'exercent pas le même métier et que l'hôpital public est financièrement exsangue.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** M. Fischer et Mme Le Texier savent à quoi s'en tenir !

Je plaide depuis longtemps en faveur de l'accélération des études complémentaires sur la convergence tarifaire. En effet, nous sommes confrontés, dans ce domaine, à l'inertie la plus totale. Je souhaiterais que Mme la ministre stimule quelque peu ses services pour que ces études progressent un peu plus rapidement, ce qui nous permettrait d'y voir plus clair en matière de convergence. Il sera temps, ensuite, de décider si l'on s'oriente ou non vers une convergence totale. Pour l'heure, il s'agit d'avancer !

**M. Guy Fischer.** Ça va saigner ! (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il me paraît nécessaire, à cet instant, de combattre un certain nombre de présupposés et d'incompréhensions, ainsi que de corriger des inexactitudes.

La convergence tarifaire ne signifie en aucun cas l'identité des tarifs entre les secteurs public et privé. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dispose que cette convergence doit s'effectuer « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

Autrement dit, il n'y aura identité des tarifs qu'à la condition que les obligations auxquelles sont soumis les établissements soient identiques.

Si vous avez lu avec attention, comme je le crois, le rapport que je vous ai remis sur la convergence tarifaire (*Exclamations sur les travées du groupe CRC*)...

**M. François Autain.** Il nous a été remis en séance !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je n'y suis pour rien ! Il avait été adressé en temps utile aux services compétents de l'Assemblée nationale et du Sénat ! J'ai fait mon travail, plaignez-vous éventuellement à qui de droit !

Ce rapport montre que, en 2005, les tarifs du secteur privé étaient inférieurs de 41 % à ceux du secteur public, l'écart facial étant passé à 37 % en 2008, à la suite des campagnes tarifaires qui ont été engagées. Je reconnais, monsieur le rapporteur, que si nous nous dirigeons bien vers la convergence tarifaire, ce n'est pas à marche forcée, c'est le moins que l'on puisse dire !

Des travaux ont donc été accomplis, leurs résultats seront utilisés pour la campagne tarifaire de 2009, qui s'ouvrira le 1<sup>er</sup> mars prochain. Cette étude répond à deux objectifs essentiels : d'une part, produire, pour chaque secteur, des coûts complets par groupes homogènes de malades, et, d'autre part, permettre l'analyse des écarts intrasectoriels et intersectoriels.

À cette fin, trois importants chantiers ont été ouverts.

En premier lieu, la T2A sera remodelée en fonction de la sévérité des cas accueillis dans les établissements.

En deuxième lieu, la précarité sera prise en compte dans la T2A, au travers du pourcentage de malades bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'État, la prise en charge de ces patients étant plus lourde.

En troisième lieu, l'incidence des coûts de la permanence des soins hospitalière sera évaluée. Dans un premier temps, les études portent sur les permanences sur place et les astreintes à domicile réalisées par les médecins. Ensuite, seront prises en considération les autres charges associées à la permanence des soins, notamment celles qui sont afférentes aux personnels non médicaux et à la disponibilité des unités de soins spécialisés et des plateaux techniques.

Par ailleurs, la prise en charge des internes accueillis dans certains établissements de santé est assurée à la fois par les tarifs et par la dotation nationale de financement des MIGAC.

Il ne s'agit donc pas de parvenir à une identité des tarifs, mais, à prestations égales, il est normal que la part de rémunération correspondante soit égale.

Ne nous faites pas de procès d'intention en invoquant, une fois encore, la différence de missions entre hôpitaux publics et cliniques privées : je suis la première à la reconnaître !

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ils le savent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il est certes nécessaire d'aller vers la convergence, mais cette notion ne se confond en aucun cas avec celle d'identité.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 151.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 279.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 153, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

... – Le dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

... – Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

... – Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire, dont la loi prévoit l'achèvement en 2012 – en théorie, car en pratique je doute que le Gouvernement y parvienne –, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes pour la détermination des charges salariales et en termes de fiscalité locale.

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

En conséquence, nous proposons l'instauration, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, d'un coefficient correcteur afin de tenir compte de ce différentiel résultant « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

**Mme la présidente.** L'amendement n° 365, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

... – Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

... – Après l'avant-dernier alinéa (3°) du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1°

et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. »

... – Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 373, présenté par M. Marini, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1° et 2° du présent article, représentatif du différentiel de charges pesant sur le coût du travail entre les établissements publics de santé et les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6. »

2° En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du même code, les références : « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

La parole est à M. Philippe Marini.

**M. Philippe Marini.** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, les établissements de santé privés à but non lucratif sont entrés dans le champ de la tarification à l'activité. Ils font l'objet d'un traitement identique à celui des établissements publics de santé et se voient notamment appliquer la même échelle tarifaire.

Les fédérations et organisations représentatives de ces établissements ont soulevé à plusieurs reprises la question des différences de charges sociales patronales existant avec le secteur public.

À la demande de M. Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, une mission de l'Inspection générale des affaires sociales a été diligentée à ce sujet. Cette mission, dont j'ai consulté le rapport, a conclu à un différentiel de coût du travail de 4,05 % entre les établissements de santé publics et les établissements participant au service public hospitalier, cet écart résultant exclusivement de surcroûts de charges sociales, les rémunérations nettes servies dans les établissements PSPH étant légèrement inférieures à celles de l'hôpital public.

Ces écarts résultant de contraintes exogènes, la mission indiquait, à juste titre, qu'il était « légitime de compenser les écarts de coût global de travail entre les secteurs ».

Le présent amendement tend donc à instaurer un coefficient correcteur s'appliquant aux tarifs nationaux d'hospitalisation, destiné à compenser le différentiel de charges pesant sur le coût du travail entre les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif, au nombre desquels figure par exemple la fondation médicochirurgicale Foch de Suresnes.

**Mme Isabelle Debré.** Très bien !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je comprends parfaitement la démarche des auteurs des deux amendements, qui relaient des préoccupations maintes fois exprimées par la commission des affaires sociales.

M. Autain, au travers de son amendement, a visé l'ensemble des établissements, qu'ils soient publics, privés ou PSPH.

Or, tant que les études complémentaires évoquées par Mme la ministre ne seront pas achevées, nous ne pourrions pas avoir une vision claire des compensations qu'il conviendrait d'accorder à certains établissements privés ou publics.

La commission considère donc qu'il serait plus sage de se caler sur l'amendement de M. Philippe Marini, qui tend à remédier à une situation récurrente, connue de longue date, à laquelle aucune réponse n'a été apportée jusqu'à présent.

Nous ne voudrions pas que cette solution soit encore reportée à une trop longue échéance. Si le Gouvernement pouvait prendre l'engagement de régler la question dans les mois qui viennent, peut-être M. Marini accepterait-il alors de retirer son amendement ?

En tout état de cause, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je tiens avant tout à rappeler que je suis très attachée à l'égalité de traitement entre des établissements de santé qui assurent des missions identiques.

Les contraintes légales et réglementaires induisent des écarts de coûts qu'il est très difficile de pondérer.

Par exemple, les établissements privés, à but lucratif ou non lucratif, sont certes soumis à des charges fiscales et sociales plus élevées que ceux du secteur public, mais, d'un autre côté, ils n'ont pas à supporter les contraintes et les charges de la fonction publique hospitalière, qui sont d'une lourdeur considérable.

Il est donc très délicat de pondérer tous ces éléments, d'autant que chacun des acteurs ne met en exergue que les critères qui l'arrangent ! Nous menons cependant des études à cette fin, et le Gouvernement présente chaque année au Parlement l'état d'avancement de ces travaux, pour bien préciser les choses.

Cette question avait donné lieu à un débat approfondi lors de la discussion du PLFSS pour 2008. J'avais alors indiqué, monsieur Marini, que les établissements privés à but non lucratif connaissant des difficultés financières feraient l'objet de mesures spécifiques d'accompagnement. J'ai pris ces mesures dans le cadre de la campagne tarifaire 2008. Une enveloppe de 19 millions d'euros a ainsi été déléguée aux agences régionales de l'hospitalisation, afin d'aider les établissements PSPH confrontés à des difficultés structurelles et à la recherche d'un positionnement adéquat dans l'offre de soins territoriale.

Cette enveloppe s'ajoute aux crédits d'accompagnement accordés par les ARH aux établissements dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre. À ce jour, les crédits attribués à ce titre par les agences régionales de l'hospitalisation aux établissements PSPH s'élèvent à 32 millions d'euros. Au total, cet accompagnement est supérieur au poids spécifique des établissements privés à but non lucratif dans l'offre de soins.

J'ai donc pris les mesures conjoncturelles qui s'imposaient en faveur de ces établissements, comme je m'y étais engagée lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Philippe Marini, pour explication de vote sur l'amendement n° 153.

**M. Philippe Marini.** Je ne suis pas convaincu par l'argumentation de Mme la ministre.

La tarification à l'activité est-elle, oui ou non, conçue pour tenir compte de la réalité des coûts ? Est-ce, ou non, la base du raisonnement ? Je voudrais comprendre.

Madame la ministre, l'Inspection générale des affaires sociales, qui me semble être un service sérieux, s'est exprimée sur le sujet qui nous occupe.

Vous indiquez que d'autres études ont été commanditées, mais les établissements PSPH sont confrontés, avec le surcoût lié aux charges sociales qu'ils subissent, à un problème concret et récurrent : si ce surcoût est de 4 %, ce qui n'est pas négligeable, et que les études durent de nombreuses années, le montant total à compenser sera élevé.

Par ailleurs, vous avez souligné qu'une enveloppe spécifique avait été mise en place pour accompagner les établissements PSPH rencontrant des difficultés structurelles. Ce geste mérite d'être salué comme il convient, mais ne vaudrait-il pas mieux instituer une tarification pertinente plutôt que d'accorder une enveloppe dont la répartition n'est pas obligatoirement très transparente, ou du moins perçue comme telle par les établissements concernés ?

Excusez-moi de vous dire, madame la ministre, que je maintiens mon amendement, vos arguments ne m'ayant pas convaincu.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Il s'agit d'une affaire très complexe. Le monde hospitalier est marqué par des différences entre établissements, par des effets de taille, par l'hétérogénéité des populations accueillies, par le fait que, à prestations apparemment égales, les pathologies sont plus ou moins sévères.

Dans ce contexte, la T2A est un modèle beaucoup plus juste que la dotation globale, surtout pour les malades, qui sont bien entendu au cœur du dispositif. En tout état de cause, il est très difficile d'intégrer toutes ces données dans un calcul purement commercial. D'ailleurs, tout notre débat tourne autour de cela.

C'est la raison pour laquelle nous avons introduit des modulations. Certaines sont de nature structurelle, concernant par exemple la prise en charge de la précarité, la sévérité des cas traités ou la permanence des soins. Des établissements privés, en particulier à but non lucratif, reçoivent des publics extrêmement précaires, il faut savoir le reconnaître, et il convient de définir dans quelle mesure un établissement participe, le cas échéant, à la permanence des soins.

Tous ces critères sont d'une grande complexité. Je comprends que l'on puisse souhaiter établir une sorte de modélisation mathématique, mais elle ne permet pas de prendre en compte la réalité des situations humaines.

**M. Guy Fischer.** Je suis heureux de vous l'entendre dire !

**M. François Autain.** La T2A est inadaptée !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** C'est pourquoi la tarification à l'activité est un modèle évolutif, c'est pourquoi nous sommes obligés de prendre en compte, par l'attribution d'enveloppes dédiées, des difficultés propres à chaque type d'établissements.

Je vous renvoie aux études sur la convergence, monsieur Marini. Vous ne pouvez isoler un facteur de différenciation des coûts, en l'occurrence le poids des charges sociales, souvent évoqué par les fédérations professionnelles, en faisant abstraction de tout le reste.

Chacun des acteurs, je le répète, ne retient que les chiffres qui l'arrangent, mais il nous revient de prendre en considération tous les critères au travers des études.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il faudra tout de même qu'un jour nous mettions tous les éléments sur la table, sans nous en tenir aux seules différences liées à l'accueil des personnes en situation de précarité, à la sévérité des cas traités ou à la permanence des soins.

Un facteur au moins est clair, connu de tous et ce de longue date : l'écart de coût du travail de 4 % entre hôpitaux publics et établissements PSPH. Le problème n'est pas nouveau, mais on ne le règle pas, sinon au cas par cas, par le biais d'une enveloppe *ad hoc*. Cela ne peut pas durer indéfiniment !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous ne prenez en compte qu'un seul critère !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** À deux ou trois reprises, dans le passé, j'ai moi-même déposé, en tant que rapporteur du PLFSS, un amendement analogue à celui qui a été défendu par Philippe Marini. La réponse est toujours la même, et on n'avance pas !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Si !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je l'ai dit à Mme Podeur, la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins : les études complémentaires ne progressent pas assez vite !

Comprenez donc que, à un moment donné, les parlementaires expriment une certaine irritation devant cette inertie, eux qui sont interpellés presque quotidiennement par les responsables des établissements qui pâtissent de cet écart de coût du travail, dont l'Inspection générale des affaires sociales elle-même a reconnu l'existence ! Il y a au moins un problème qui est clairement identifié, pourquoi ne le résout-on pas ? C'est tout !

Je veux bien que l'on retire cette fois encore l'amendement, mais cela ne peut pas durer comme ça indéfiniment !

**M. Philippe Marini.** Bravo !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Madame la présidente, je demande un scrutin public sur l'amendement n° 373.

**M. François Autain.** Sur leur amendement, bien sûr ! Le nôtre ne les intéresse pas !

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

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Je demande le vote par priorité de l'amendement n° 373, avant celui de l'amendement n° 153.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité formulée par la commission ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** En application de l'article 44, alinéa 6, du règlement, la priorité est de droit.

La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 373.

**M. François Autain.** Pardonnez-nous de nous immiscer dans ce débat de spécialistes, mes chers collègues ! *(Sourires.)*

Madame la ministre, vous avez affirmé que la T2A a été instituée dans l'intérêt des malades. Je ne peux pas vous laisser dire cela ! S'il y a une raison pour laquelle elle a été instaurée, ce n'est certainement pas celle-là. Si elle présente de l'intérêt pour les malades, ce n'est que subsidiairement.

Observons la situation actuelle, notamment dans les hôpitaux de Paris : aux termes d'une lettre, rendue publique, des présidents des commissions médicales consultatives, ces établissements sont asphyxiés financièrement, avant même que la convergence tarifaire n'ait été mise en œuvre. Et ils ne sont pas seuls dans cette situation !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Vous voulez faire baisser les tarifs des hôpitaux publics ?

**M. François Autain.** Non, il n'en est pas question !

Il me semble simplement que la T2A et la convergence qui l'accompagne vont aggraver les difficultés déjà très grandes rencontrées aujourd'hui par les hôpitaux.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Elles le seront encore plus si votre amendement est adopté !

**M. François Autain.** Ce qui arrive aujourd'hui est la conséquence logique de l'instauration de ce mode de tarification. C'est pourquoi nous y avons toujours été opposés. En effet, la T2A est inséparable de la convergence tarifaire. Je dirai même plus : la convergence des tarifs appelle inévitablement la convergence des fonctions !

J'anticipe sans doute sur le débat qui aura lieu à l'occasion de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, mais avec les délégations de service public, nous nous orientons vers une privatisation de l'hôpital public. Celui-ci pourra-t-il alors encore assurer les fonctions sociales qu'il exerce à l'heure actuelle ? Il existe un véritable danger à cet égard.

En ce qui concerne le problème plus particulier qui nous occupe ici, on constate en effet une différence de charges sociales entre établissements privés PSPH et hôpitaux publics. Par conséquent, il convient de remédier à cette situation, mais le recours à des enveloppes accordées au cas par cas n'est pas acceptable : une ressource pérenne doit permettre de compenser ce déséquilibre.

En tout état de cause, je maintiens mon amendement, car je le préfère à celui de M. Marini !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix, par priorité, l'amendement n° 373.

Je suis saisie d'une demande de scrutin public émanant du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

*(Le scrutin a lieu.)*

**Mme la présidente.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 42 :

Nombre de votants.....	339
Nombre de suffrages exprimés.....	181
Majorité absolue des suffrages exprimés.....	91
Pour l'adoption.....	6
Contre.....	175

Le Sénat n'a pas adopté. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

Je mets aux voix l'amendement n° 153.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'article 39.

**M. François Autain.** Tout à l'heure, on m'a conseillé de retirer un amendement, au motif qu'il serait plus à sa place lors de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Or je me demande si l'article 39 n'aurait pas, lui aussi, été plus à sa place dans ce même texte ! (*Sourires.*)

C'est une raison supplémentaire qui m'amènera à voter contre cet article. Je m'y oppose pour des questions tant de forme que de fond.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 39.

(*L'article 39 est adopté.*)

#### Articles additionnels après l'article 39

**Mme la présidente.** Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 247 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 280 est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics sont associées à la négociation de forfaits techniques facturés au titre des soins externes par les établissements de santé mentionnés aux a), b), c), d) et e) de l'article L. 162-22-6. »

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 247.

**M. François Autain.** L'utilisation d'appareils d'imagerie médicale, tels que les scanographes ou les appareils d'imagerie à résonance magnétique nucléaire, est facturée par l'hôpital à l'assurance maladie selon des forfaits négociés dans le cadre de l'élaboration de la convention signée entre les syndicats représentant les médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ces forfaits ne relèvent pas, à proprement parler, de la classification commune des actes médicaux, la CCAM, c'est-à-dire de la liste des actes facturables par le médecin, mais les prestations correspondantes sont induites par des actes qui en relèvent.

Les fédérations représentant les établissements de santé ne participent pas à la négociation de ces forfaits, alors même qu'un nombre croissant d'entre eux possèdent de tels équipements et facturent ce type de prestations.

Ainsi, dans le service des urgences d'un hôpital public, des équipements comme les scanners sont, le plus souvent, utilisés vingt-quatre heures sur vingt-quatre, en raison des aléas liés au service public, et ne peuvent être exploités uniquement au titre d'une activité programmée.

Il convient donc de prendre en compte les spécificités du service public dans la négociation conventionnelle, ce qui ne peut être le cas actuellement, puisque les représentants des établissements publics de santé ne sont pas appelés à y participer.

L'amendement a donc pour objet d'insérer dans le code de la sécurité sociale une disposition visant à associer les fédérations de santé publique à la fixation des forfaits d'imagerie médicale que facturent leurs adhérents.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 280.

**Mme Raymonde Le Texier.** Amendement identique au précédent et arguments similaires, madame la présidente !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Défavorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Également défavorable : la négociation conventionnelle se déroule entre les organismes d'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, les propriétaires des équipements n'y participent pas.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Vous venez d'indiquer, madame la ministre, que les propriétaires d'équipements ne participent pas aux négociations conventionnelles. Pourtant, les radiologues privés, au travers de leurs représentants, y prennent part ! Il me paraît totalement injuste que les propriétaires d'appareils d'imagerie médicale participent aux négociations lorsqu'ils relèvent du secteur privé et en soient exclus lorsqu'ils relèvent du secteur public ! Même si vous semblez penser le contraire, madame la ministre, il y a là une injustice, que l'adoption de ces amendements permettrait de réparer.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 247 et 280.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 74, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Cet amendement a été retiré.

L'amendement n° 155, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 39, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Cet amendement s'inscrit dans le droit fil de la position que nous avons défendue, durant l'examen de l'article 39, sur la question de la tarification à l'activité et, plus encore, sur celle de la convergence tarifaire entre secteurs public et privé.

Je ne reviendrai pas sur la démonstration que nous avons pu alors développer ; nous n'avons pas convaincu, mais les problèmes demeurent. Une chose au moins est certaine : si l'on veut comparer les coûts du secteur public avec ceux du secteur privé, il faut préalablement s'accorder sur ce qui est à comparer.

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale détermine les établissements concernés par la convergence tarifaire, ainsi que les éléments sur lesquels porte celle-ci. Or, il n'y est pas fait mention des honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements privés.

On sait pourtant, par expérience, que si les coûts des soins sont moins élevés dans les cliniques privées, c'est parce que, contrairement aux tarifs des établissements publics, ils n'intègrent pas la rémunération du médecin. Cela explique en très grande partie la différence des prix entre les deux secteurs ; cela explique aussi pourquoi la situation financière des établissements publics sera encore moins tenable dans l'avenir qu'elle ne l'est à l'heure actuelle, ce qui conduira à une privatisation rampante.

Notre amendement vise donc à permettre, dans le cadre de la convergence tarifaire – à laquelle nous restons opposés –, de comparer ce qui est véritablement comparable, conformément à la volonté que le Gouvernement paraissait afficher. Mais il semblerait que nous ne parvenions pas à nous comprendre !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Pour les raisons déjà invoquées au début de l'examen de l'article 39, l'avis est défavorable : je ne développe pas, M. Fischer connaît mes arguments par cœur !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

**M. François Autain.** Indépendamment des problèmes de convergence tarifaire, je trouve tout à fait anormal que les honoraires des médecins qui exercent dans les cliniques privées, qu'elles soient commerciales ou à but non lucratif, soient imputés sur l'enveloppe de la médecine de ville, alors que ceux des médecins exerçant dans les hôpitaux publics le sont sur les crédits des établissements hospitaliers.

Que l'on mette en œuvre ou non la convergence tarifaire, cette anomalie me semble devoir être corrigée.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Il en est tenu compte !

**M. François Autain.** Cela me paraît être un vrai problème, mais vous ne semblez guère prêter attention à mes propos, madame la ministre... Avez-vous ou non des projets à cet égard ? Comptez-vous laisser les choses en l'état ?

**Mme Isabelle Debré.** Restons calmes !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 155.

(L'amendement n'est pas adopté.)

### Article 39 bis

I. – Au début de la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2011 ».

II. – Par dérogation aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les établissements de santé volontaires mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie.

Cette expérimentation a pour objet les conditions de mise en œuvre de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale et, notamment, l'ensemble du processus de facturation et de paiement des factures entre les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, les caisses d'assurance maladie et le réseau du Trésor public en ce qui concerne les établissements publics de santé, ainsi que le système d'avance de trésorerie le mieux adapté à ce mode de facturation. Le processus est évalué en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements.

La liste des établissements volontaires et leur caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation sont définies par décret.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 22, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

À la fin du I de cet article, remplacer le millésime :

2011

par le millésime :

2010

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Si vous le permettez, madame la présidente, je présenterai en même temps l'amendement n° 23.

**Mme la présidente.** J'appelle donc en discussion l'amendement n° 23, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, qui est ainsi libellé :

Supprimer le dernier alinéa du II de cet article.

Veillez poursuivre, monsieur le rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je rappelle que la date à laquelle les établissements de santé adresseront directement leur flux de facturation aux caisses d'assurance maladie a déjà été reportée par l'ordonnance n° 2005-1112 du

1<sup>er</sup> septembre 2005. Cette disposition avait fait l'objet d'un amendement de la commission, que M. Xavier Bertrand nous avait alors demandé de retirer en s'engageant à régler le problème par décret dès 2005.

En réalité, le décret n'a paru, si ma mémoire est bonne, que l'année dernière ou au début de cette année, et il a été décidé, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, de repousser encore une fois l'application du dispositif.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit un nouveau report de cette mesure, qui n'entrerait en vigueur qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011. La commission des affaires sociales déplore ce nouveau retard. (*M. François Autain approuve.*)

Les amendements n<sup>os</sup> 22 et 23 ont donc pour objet, d'une part, d'avancer d'un an la date d'entrée en vigueur de ladite mesure,...

**M. François Autain.** Une année, ce n'est pas rien !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** ... et, d'autre part, d'éviter qu'une disposition réglementaire ne puisse venir freiner la mise en œuvre de l'expérimentation prévue au présent article, ce qui entraînerait des retards supplémentaires.

À ce propos, je souhaiterais connaître les intentions du Gouvernement quant à la date de début et à la durée de l'expérimentation.

C'est un sujet auquel nous attachons beaucoup d'importance, sur lequel nous demandons de longue date au Gouvernement d'avancer : chaque fois, des problèmes techniques sont invoqués pour reporter l'application de la mesure d'une année supplémentaire !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je comprends le souci du rapporteur d'avancer sur ce sujet, et je souhaite lui apporter un certain nombre d'éléments qui lui démontreront la volonté du Gouvernement à cet égard.

L'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances viennent de remettre un rapport provisoire sur la mise en place de la facturation directe, qui a été transmis pour observations aux administrations concernées ainsi qu'à l'assurance maladie.

Je tiens à souligner que ce n'est pas un petit chantier : il s'agit, mesdames, messieurs les sénateurs, de passer de 10 000 factures agrégées à 65 millions, soit 50 millions d'actes et consultations externes et 15 millions de séjours facturés selon la T2A ! Les auteurs du rapport ont fortement insisté sur la nécessité d'établir un calendrier réaliste pour l'expérimentation et ses suites.

Monsieur le rapporteur, je vous sais très sensible à la qualité des travaux de l'Inspection générale des affaires sociales. Celle-ci estime que, compte tenu des éléments que nous évoquons il y a un instant, le planning suivant pourrait être envisagé : l'expérimentation commencerait à partir de septembre 2009 et s'étendrait sur une durée minimale de six à neuf mois, la période qui nous sépare de ce moment étant consacrée à la définition du cadre de l'expérimentation et à sa traduction réglementaire ; les résultats seraient évalués à partir du printemps 2010 ; à l'issue du retour d'expérience, à partir de 2011, plusieurs vagues d'extension du dispositif seraient lancées successivement, avant sa généralisation en 2012 au plus tôt.

J'estime, par volontarisme, que nous devons tout faire pour que le lancement ait lieu en 2011. Le recrutement d'un chef de projet placé auprès du secrétariat général est en cours. Il constituera une équipe formée des référents des trois réseaux : assurance maladie, hôpitaux et direction générale des finances publiques.

Si, comme vous le proposez, monsieur le rapporteur, la date de démarrage était fixée à 2010, il ne serait pas possible, compte tenu des éléments dont nous disposons à l'heure actuelle, de mettre en œuvre ce chantier dans des conditions sécurisées, tant pour l'assurance maladie que pour les hôpitaux et les services de la comptabilité publique. Je ne me lasserai pas de répéter que nous passons de 10 000 factures agrégées à 65 millions !

C'est la raison pour laquelle, monsieur le rapporteur, tout en prenant en compte vos remarques et en soulignant la démarche volontariste du Gouvernement, qui s'accompagne d'un échéancier extrêmement précis, je souhaite que l'article 39 *bis* ne soit pas modifié. Au bénéfice des éléments d'information et des explications que je viens d'apporter, je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements.

**Mme la présidente.** Monsieur le rapporteur, les amendements n<sup>os</sup> 22 et 23 sont-ils maintenus ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je dois reconnaître que, pour la première fois, le Gouvernement s'engage clairement, selon un échéancier. Quant à savoir si les dates annoncées seront tenues,...

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je ferai le maximum !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** ... bien évidemment, nul ne saurait le dire, hormis le Gouvernement lui-même !

**M. François Autain.** Et encore !

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** On peut néanmoins supposer que, sauf difficulté nouvelle, les délais seront tenus.

J'accepte donc, madame la ministre, de faire un pas dans votre direction et de retirer l'amendement n<sup>o</sup> 23.

Cependant, parce qu'il est important que la représentation nationale marque clairement sa volonté d'avancer sur ce dossier, je maintiens l'amendement n<sup>o</sup> 22, que je vous invite, mes chers collègues, à adopter. Ainsi, la commission mixte paritaire pourra débattre de ce sujet, et ce sera l'occasion de faire le point avec les députés.

**Mme la présidente.** L'amendement n<sup>o</sup> 23 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 22.

(*L'amendement est adopté.*)

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 39 *bis*, modifié.

**M. Guy Fischer.** Le groupe CRC vote contre !

(*L'article 39 bis est adopté.*)

#### Article 40

I. – L'article L. 6143-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-3.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe et qui ne peut être inférieur à deux mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »

II. – L'article L. 6143-3-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres personnalités qualifiées, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

« Le directeur de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le directeur de l'établissement et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs des soins sont alors placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. »

III. – L'article L. 6161-3-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 6161-6, » sont insérés les mots : « lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, » ;

b) Après la référence : « L. 6145-1 », sont insérés les mots : « ou leur compte financier » ;

c) Après les mots : « dysfonctionnements constatés », sont insérés les mots : « et de produire un plan de redressement adapté » ;

2° La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

IV. – Au dernier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 6161-3 à L. 6161-3-2, ».

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, l'article 40 du projet de loi suscite des interrogations de ma part s'agissant du sort qui sera réservé aux gestionnaires des hôpitaux lorsqu'ils ne pourront atteindre les objectifs budgétaires fixés à leur établissement.

En effet, alors même que la réforme de l'hôpital annoncée n'est pas encore en œuvre et ne met pas à la disposition des conseils d'administration et des décideurs les moyens de mener, par exemple, une politique territoriale, l'article 40 du PLFSS prévoit des dispositions surprenantes.

Premièrement, il instaure le placement sous administration provisoire automatique de l'établissement à partir d'un certain seuil de déficit budgétaire, conseillers généraux ou IGAS mettant en œuvre un plan de redressement sans qu'aucune procédure contradictoire ne soit prévue.

Deuxièmement, il prévoit le placement, également automatique, en position de recherche d'affectation, sans examen de la commission administrative paritaire compétente, du directeur et des membres de l'équipe de direction, ce qui, à défaut d'être inquiétant, est pour le moins surprenant. Cette disposition étonne d'ailleurs l'ensemble des représentants des corps de direction.

Ces mesures apparaissent d'autant plus inacceptables que les responsabilités dans la survenue de difficultés budgétaires n'ont pas fait l'objet d'une identification préalable réaliste aux différents échelons de la chaîne de décision.

De plus, elles ne prennent pas en compte les particularismes locaux liés à la situation géographique, aux problématiques particulières des établissements en termes de missions, d'histoire ou d'architecture.

Ne sommes-nous pas, madame la ministre, devant une tentative de « caporalisation » – le mot n'est pas trop fort – des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins infirmiers qui ne déféreraient pas avec assez de zèle à la volonté du Gouvernement de voir muter, à marche forcée, l'hôpital public en hôpital-entreprise, vieux rêve, je le concède, de quelques cadres hospitaliers ?

Je vois poindre, concernant l'hôpital, une philosophie sociale qui ne laisse pas de m'inquiéter.

Si l'on n'y prend garde, l'hôpital, demain, deviendra une entreprise de production obéissant à la seule logique mercantile de la rentabilité à court terme, bien éloignée de l'idéal humaniste qui, depuis des décennies, fonde son identité et tourne, au-delà des qualifications professionnelles de chacun, tous les acteurs de la communauté hospitalière publique vers la recherche d'un seul profit : la préservation du « capital santé » du malade.

Je terminerai en disant que la politique du Gouvernement en matière de gouvernance et de gestion des hôpitaux publics m'inquiète également. Malheureusement, je ne suis pas seul à éprouver cette inquiétude.

J'en veux pour preuve le malaise qui gagne de nombreux hôpitaux, à commencer, tout près de nous, par ceux de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, l'AP-HP. Pour la première fois, l'ensemble des présidents des comités consultatifs médicaux des quarante hôpitaux de l'AP-HP ont fait part de leur fort mécontentement devant la situation de leurs établissements.

Dans une lettre ouverte qui vous a été adressée, madame la ministre, ces représentants des 15 000 médecins de l'AP-HP dénoncent l'«étranglement financier» délibéré de leurs hôpitaux. Ils soulignent que les «restrictions budgétaires sans objectifs médicaux ni de santé publique clairement identifiés font courir des risques graves au système de santé» qu'ils s'honorent de servir. Ils affirment qu'«il y a danger» et soulignent, notamment, la «paupérisation» de leurs établissements et le «découragement de l'ensemble des personnels qui y travaillent». Tout est dit, hélas !

Voilà pourquoi nous nous opposerons avec détermination à votre politique de financement de l'hôpital public. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

**Mme la présidente.** Je suis saisie de quinze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 156, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous avons déposé de nombreux amendements sur cet article, ce qui témoigne des fortes craintes qu'éprouve le groupe CRC devant une attaque sans précédent menée contre l'hôpital public !

La clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et l'harmonisation des procédures de mise sous administration provisoire inscrites à l'article 40 contribuent à renforcer nos inquiétudes. Nous l'avons dit dans la discussion générale, nous aurions dû débattre de tous ces points à l'occasion de l'examen du futur projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

**M. Nicolas About,** *président de la commission des affaires sociales.* Oui, mais c'est un outil dont nous avons besoin tout de suite !

**M. Guy Fischer.** D'ailleurs, en découvrant le présent article, j'ai d'abord cru que je m'étais trompé et que c'était ce dernier texte que je lisais, et non le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

**M. François Autain.** C'est vrai !

**M. Guy Fischer.** Les mécanismes que comporte cet article relèvent en effet davantage du futur projet de loi que de celui qui nous occupe aujourd'hui !

Quoi qu'il en soit, l'article 40 prévoit que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation – il s'agira, demain, de l'agence régionale de santé – pourra, s'il considère que la situation financière le commande, exiger la mise en place d'un plan de redressement. Il aura en outre la faculté de

placer purement et simplement l'établissement sous tutelle provisoire si celui-ci refuse de prendre un engagement de redressement, s'il ne présente pas de plan à cette fin ou si ce dernier a été inopérant.

Les mesures qui nous sont présentées sont sans précédent. Elles ne tiennent absolument pas compte de la place des instances paritaires des établissements et des organisations syndicales.

Le rôle que joueront ces «superpréfets» sera semblable, je le dis comme je le pense, à celui qui est dévolu aux préfets à l'égard des collectivités territoriales. Il s'agit d'une très grande responsabilité, notamment au regard du nombre d'établissements potentiellement concernés par ces mécanismes. En réalité, ils le sont presque tous.

Cela étant, cet article nous donne au moins l'occasion de nous pencher sur un réel problème, celui de la situation dans laquelle se trouvent un certain nombre d'établissements publics de santé.

La Fédération hospitalière de France estime que le déficit cumulé, tous établissements publics confondus, est proche de 900 millions d'euros.

**M. Alain Vasselle,** *rapporteur.* Non, il est de l'ordre de 800 millions d'euros, dont 400 millions d'euros pour les CHU !

**M. Guy Fischer.** Soit, mais sans doute serons-nous moins d'accord lorsqu'il s'agira d'identifier la cause de ces déficits.

Pour vous et votre majorité, madame la ministre, ils ne résultent que de la mauvaise gestion des directeurs d'hôpital, ce qui explique la présentation de toutes ces mesures qui reprennent des préconisations des rapports Vasselle et Larcher et anticipent sur le futur projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Selon vous, les seuls responsables sont les directeurs d'hôpital, c'est pourquoi il serait urgent de leur retirer leurs pouvoirs de gestion, de contrôle et de direction.

Le groupe CRC, quant à lui, considère que cette situation est la conséquence de la réduction drastique, année après année, des ressources attribuées à l'hôpital.

Jusqu'à présent, les dotations globales et les ONDAM étaient insuffisantes. Aujourd'hui, les hôpitaux sont de plus confrontés à la tarification à l'activité, dont la mise en œuvre n'a pas manqué d'entraîner, dès 2006, des dépenses supplémentaires considérables.

Ce sous-financement est particulièrement sensible pour les services des urgences, la dotation des MIGAC étant notoirement insuffisante.

La situation des hôpitaux de notre pays est catastrophique. Croyez-moi, la colère gronde, car 22 000 emplois sont en question. Ce soir, je pousse un véritable cri d'alarme. Nous sommes des défenseurs irréductibles de l'hôpital public. Or, aujourd'hui, nous assistons à sa mort, à sa privatisation rampante, à l'ouverture sans restriction de ses portes au privé. Tel est l'objet de cet article 40.

Le seul signal que le Gouvernement envoie est un signal de méfiance. Il n'est pas répondu aux besoins structurels des hôpitaux : vous avez choisi de brandir le bâton !

**M. François Autain.** Très bien !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 157, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer le mot :

à

par les mots :

au conseil d'administration d'

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Aux termes de la rédaction actuelle de l'article 40 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demandera « à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement » dans les deux cas visés.

Cette formulation ne permet pas d'identifier clairement l'organe qui aura la responsabilité d'élaborer ce plan de redressement.

Or il s'agit là, on en conviendra, d'une mission importante, qui ne peut être attribuée à la légère. Nous ne doutons pas des compétences des directeurs d'établissement, mais nous considérons que le conseil d'administration est, par la pluralité de sa composition, mieux à même de rédiger ce plan.

Nous craignons que le plan de redressement ne constitue l'amorce de la mise en œuvre d'une politique de rigueur salariale : c'est bien connu, l'État doit montrer l'exemple ! C'est toujours sur les salariés que pèsent les efforts.

Nous redoutons également que cette mesure ne serve de prétexte pour appliquer l'une des recommandations du rapport de M. Larcher, à savoir la fermeture des hôpitaux considérés comme étant les moins productifs. Cela ne serait pas sans conséquences pour les territoires.

C'est pourquoi nous souhaitons que le conseil d'administration, où siègent des représentants des collectivités locales, soit associé à la prise des décisions.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 24, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

et qui ne peut être inférieur à deux mois

par les mots :

compris entre un et trois mois

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 158, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique, remplacer les mots :

deux mois

par les mots :

trois mois

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Il s'agit également d'un amendement de précision, mais il ne va pas tout à fait dans le même sens que celui de la commission !

Cet amendement a été, en quelque sorte, partiellement satisfait à l'Assemblée nationale, puisque le délai fixé aux établissements de santé pour remettre au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le plan de redressement dont il est question à cet article y a été porté de un mois à deux mois.

Avec cet amendement, nous entendons toutefois aller au-delà et porter ce délai à trois mois, non que nous nous inscrivions dans une logique du « toujours plus », mais parce que, compte tenu des conséquences que pourront avoir la remise, le défaut de présentation dans les délais requis ou le non-respect du plan de redressement, celui-ci doit être élaboré avec précaution.

Un mois supplémentaire de délai ne serait donc pas de trop.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 159, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6143-3 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce plan de redressement respecte les objectifs fixés par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. »

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Le plan de redressement prévu à cet article, compte tenu des conséquences qu'entraînera son non-respect, vise apparemment plus à la recherche effrénée d'économies qu'à la satisfaction des besoins de la population.

Or nous savons que lorsque l'on s'engage sur cette voie, ce sont toujours les plus faibles, les plus pauvres, qui sont pénalisés.

C'est pourquoi nous considérons que ce plan doit impérativement respecter les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire, le SROS, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la prise en compte par le système de soins des besoins de santé et la promotion de la coordination entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et le secteur médicosocial.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 160, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Vous l'aurez compris, madame la ministre, nous considérons qu'il serait inadmissible de sanctionner un établissement public de santé sous prétexte qu'il n'aurait pas respecté les mesures prévues dans un plan de redressement qui ne concerne que lui seul.

Vous entendez sanctionner les établissements publics pour une situation dont ils ne sont pas, à notre sens, responsables et que vous n'avez pas cherché, par ailleurs, à améliorer véritablement.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ne se contentera certainement pas, demain, de constater l'échec du plan de redressement. Il deviendra, en quelque sorte, le greffe des échecs.

La situation financière des établissements publics de santé est la conséquence de votre refus de leur donner les moyens nécessaires à leur survie et à leur développement.

C'est pourquoi nous rejetons un tel mécanisme de sanction. Une concertation authentique aurait dû être organisée afin de dégager des solutions. Vous vous y refusez, faisant le choix d'une politique restrictive, ce qui ne fait qu'approfondir l'inquiétude du personnel hospitalier.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 161, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du 1° du II de cet article, remplacer le mot :

place

par les mots :

peut placer

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** La rédaction proposée pour l'article L. 6143-3-1 du code de la santé publique prévoit que « par décision motivée et pour une période n'excédant pas douze mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation place l'établissement public de santé sous administration provisoire ».

Nous considérons que l'automatisme aveugle du dispositif de cet article n'est pas adéquate, s'agissant de la mise sous tutelle d'un établissement public de santé.

Très opposés à une telle mesure, nous estimons, en tout état de cause, qu'elle ne doit pas résulter du jeu d'une obligation s'imposant au directeur de l'ARH. Elle doit rester facultative, sauf à risquer d'en venir progressivement à un placement sous administration provisoire de tous les établissements de santé ; je rejoins là les propos que tenait tout à l'heure notre collègue Jacky Le Menn.

Toutefois, c'est peut-être ce que vous recherchez, madame la ministre. Peut-être même caressez-vous l'idée de mettre en place une autorité régionale qui aurait pour mission de gérer les établissements publics de santé sans les salariés, sans les élus locaux, sans les associations de malades ?

Telle n'est pas notre conception, c'est pourquoi nous présentons cet amendement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 25, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

A. – Compléter le 1° du II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également placer sous administration provisoire un établissement public de santé lorsqu'il constate que le directeur n'est pas en mesure de remédier à une situation pouvant porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins. Les dispositions du présent alinéa s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux autorisations définies au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique. »

B. – En conséquence, dans le premier alinéa du même 1°, remplacer les mots :

deux alinéas

par les mots :

trois alinéas

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Nous voulons conforter le Gouvernement dans son action à l'égard des établissements hospitaliers.

Cet amendement tend à permettre le placement sous administration provisoire lorsqu'est constatée une situation qui pourrait porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins dans un établissement public hospitalier.

La réalité des faits doit être établie au vu d'indicateurs de qualité mauvais ou en nette dégradation par rapport à ceux d'établissements similaires.

Cette mesure, qui vient compléter le dispositif proposé par le Gouvernement, est apparue utile à la commission.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 355, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer le 2° du II de cet article.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** Si vous n'y voyez pas d'inconvénient, madame la présidente, je présenterai en même temps l'amendement n° 164.

**Mme la présidente.** J'appelle donc en discussion l'amendement n° 164, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, qui est ainsi libellé :

À la fin du second alinéa du 2° du II de cet article, remplacer les mots :

sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis

par les mots :

sous réserve de l'avis de la commission administrative paritaire compétente

Veuillez poursuivre, madame Pasquet.

**Mme Isabelle Pasquet.** L'amendement n° 355 vise, comme les précédents, à limiter les effets, néfastes à notre sens, du placement sous administration provisoire des établissements publics de santé.

L'article 40 prévoit que les dirigeants de l'établissement public de santé seront sanctionnés si le plan de redressement n'est pas efficace. Cette sanction passe par un placement en recherche d'affectation, c'est-à-dire par une mutation forcée.

Cette mesure nous paraît particulièrement injuste sur le fond, puisqu'elle sanctionne personnellement des dirigeants d'établissement pour une situation de déficit dont ils ne sont pas responsables et qui résulte souvent d'un sous-financement perdurant depuis des années et aggravé par le passage à la T2A.

Elle est d'autant plus injuste que ce placement en recherche d'affectation nouvelle interviendrait sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. Cela est incompréhensible puisque, lorsqu'un

dirigeant commet une faute justifiant une sanction telle qu'une mutation, cette commission doit être saisie. Dès lors qu'elle ne l'est pas, on peut se demander si le dirigeant a effectivement commis une faute. Mais s'il n'en a pas commis, pourquoi le sanctionner ? Votre système montre là ses limites !

J'aurais par ailleurs une question à poser à Mme la ministre. Si le placement sous administration provisoire de l'établissement public de santé ne permet pas de rétablir l'équilibre financier, qu'advient-il du dirigeant placé d'office en recherche d'affectation ? Sera-t-il réintégré dans le poste qui était le sien ? La sanction injuste prise à son encontre sera-t-elle réparée, et si oui sous quelle forme ? Nous craignons que rien ne soit fait à cet égard dans un tel cas.

C'est la raison pour laquelle, avec l'amendement n° 355, nous entendons nous opposer au placement d'office en recherche d'affectation des directeurs d'établissement public de santé.

Cependant, doutant que la majorité accepte de renoncer à cette sanction, nous avons déposé un amendement n° 164 tendant à ce qu'elle soit au moins soumise à avis de la commission administrative paritaire compétente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 504 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Dans le second alinéa du 2° du II de cet article, remplacer les mots :

et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs de soins sont alors placés

par les mots :

est alors placé

II. – Compléter le 2° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction et à des directeurs de soins.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cet amendement tend à établir une distinction entre le directeur d'établissement et son équipe de direction.

**M. François Autain.** C'est lui le coupable !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 165, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter le second alinéa du 2° du II de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

La parole est à Mme Annie David.

**Mme Annie David.** Cet amendement vise à rétablir une disposition qui était contenue dans le projet de loi initial mais qui a fait l'objet d'un amendement de suppression lors de l'examen du texte à l'Assemblée nationale.

Aux termes de la rédaction actuelle du projet de loi, le conseil d'administration de l'établissement placé sous tutelle ne sera pas informé de manière régulière des mesures prises par les administrateurs provisoires.

Pourtant, nous avons eu l'occasion de le dire, le conseil d'administration est à la fois l'organe naturel de direction et un lieu de démocratie. Il n'est donc pas illégitime que ce conseil, qui réunit des représentants des collectivités territoriales et des délégués du personnel, soit régulièrement informé de la mise en œuvre de dispositions susceptibles de concerner ces partenaires.

Madame la ministre, vous faites partie d'un gouvernement qui dit très souvent vouloir reconnaître et favoriser le dialogue social : compte tenu de ce postulat, il paraît impossible que vous puissiez priver des milliers de salariés d'un droit légitime à l'information.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 162, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter le 2° du II de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le placement de l'établissement public de santé sous administration provisoire, interviendra en concertation avec le président du conseil général, le président du conseil régional et les maires des communes intéressées par la situation du dit établissement public.

« Un décret en Conseil d'État fixera les modalités d'organisation de cette concertation. »

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** Pour être agréable à tout le monde, je défendrai conjointement les amendements n°s 162 et 163, qui ont le même objet. (*Sourires.*)

**Mme la présidente.** J'appelle donc en discussion l'amendement n° 163, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, qui est ainsi libellé :

Compléter le 2° du II de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur de l'agence informe le président du conseil général, le président du conseil régional, le maire de la commune sur lequel est établi l'établissement, ainsi que les maires des communes intéressées, de la procédure de mise sous administration provisoire.

« Un décret en Conseil d'État fixera les modalités relatives à l'information des personnes mentionnées à l'alinéa précédent. »

Veuillez poursuivre, monsieur Fischer.

**M. Guy Fischer.** Nous considérons que la mise sous tutelle administrative d'un établissement de santé doit impérativement être décidée en concertation avec les élus des collectivités territoriales concernées. À tout le moins, ceux-ci doivent être informés des procédures entamées et des décisions prises.

Ces deux amendements sont d'autant plus importants que notre amendement prévoyant l'information du conseil d'administration de l'établissement, au sein duquel siègent précisément des représentants des collectivités territoriales, n'a pas été adopté.

La présence d'un service public aussi important qu'un établissement public de santé est capitale pour les territoires concernés. Ma ville en fait l'expérience puisque, la semaine prochaine, un établissement public relevant de la Fédération nationale de la mutualité française, qui se substitue à deux cliniques, y sera inauguré. L'implantation de tels établis-

sements est source d'emplois, de dynamisme, et nous savons que les Français, lorsqu'ils envisagent de déménager, s'informent de plus en plus de l'existence d'infrastructures publiques, telles que des hôpitaux par exemple, dans leur nouvelle commune. Elle devient un véritable critère de choix entre deux villes. Imaginez quelles conséquences néfastes pourraient résulter, dans ce contexte, du placement temporaire d'un établissement hospitalier sous administration provisoire !

Pour conclure, ces amendements visent à éviter un nouveau fiasco de vos politiques, qui suscitent un mécontentement légitime. Je pense notamment, à cet instant, à la réforme de la carte judiciaire et à celle des implantations militaires. Dans quelques semaines, les établissements hospitaliers publics risquent d'être confrontés aux mêmes problèmes. Que vont-ils devenir ? Engagerez-vous une réelle concertation avec les élus locaux ?

Échaudés par des expériences passées malheureuses, nous présentons ces deux amendements.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 26, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V.- Après l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-14-1.- Dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 à l'exception du 10°, gérés par des organismes de droit privé à but non lucratif, lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, et sans préjudice des dispositions relatives au contrôle des établissements et services prévus au présent code, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés, et de produire un plan de redressement adapté, dans un délai qu'il fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché.

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11.

« S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Si l'organisme gestionnaire gère également des établissements de santé, l'administrateur provisoire est désigné conjointement avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 6161-3-1 du code de la santé publique.

« L'administrateur provisoire accomplit, pour le compte des établissements et services, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés ainsi que la préparation et la mise en œuvre d'un plan de redressement. La rémunération de l'administrateur est assurée par les établissements gérés par l'organisme et répartie entre les établissements ou services au prorata

des charges d'exploitation de chacun d'eux. L'administrateur justifie, pour ses missions, d'une assurance couvrant les conséquences financières de la responsabilité conformément aux dispositions de l'article L. 814-5 du code de commerce, prise en charge dans les mêmes conditions que la rémunération.

« En cas d'échec de l'administration provisoire, l'autorité de tarification compétente peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 612-3 du même code.

« Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie peut demander à l'autorité de tarification compétente d'engager les procédures prévues par les dispositions du présent article. »

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Cet amendement vise à étendre aux établissements médicosociaux du secteur privé à but non lucratif le dispositif de l'article 40, actuellement réservé aux établissements publics hospitaliers.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements qu'elle n'a pas elle-même présentés ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Je remercie nos collègues de la concision dont ils ont fait preuve dans la présentation de leurs différents amendements.

La commission est défavorable aux amendements n°s 156, 157, 160, 161, 355, 164, 165, 162 et 163. Elle demande le retrait de l'amendement n° 158 au profit de son amendement n° 24, et émet un avis de sagesse sur l'amendement n° 159.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je vais exposer globalement les raisons pour lesquelles je suis défavorable aux amendements présentés par les membres du groupe CRC.

Je ne peux laisser dire que le financement du secteur hospitalier est négligé. En effet, nous avons les dépenses hospitalières par habitant les plus élevées au monde !

**M. François Autain.** Comme pour le médicament !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** En outre, notre maillage de structures hospitalières est le plus serré au monde !

Dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui marque un effort considérable de la collectivité nationale, nous avons, en dépit de la crise financière que nous traversons, fixé un ONDAM hospitalier en augmentation de 3,1 % ! Quel secteur économique, mesdames, messieurs les sénateurs, auquel on garantirait une telle progression de son chiffre d'activité – car il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un chiffre d'affaires –, ne l'accepterait pas tout de suite ? Il faut connaître ces chiffres !

Je ne peux donc pas laisser dire que l'hospitalisation publique est mal traitée, tout particulièrement dans les circonstances que nous vivons !

Par ailleurs, on ne peut pas considérer que la situation déficitaire de certains établissements publics hospitaliers soit une fatalité ! Si l'on examine la réalité, on constate que les déficits sur compte de résultat principal – les comptes annexes étant, en général, excédentaires – sont concentrés, à hauteur de 50 %, sur 25 établissements hospitaliers publics,

sur les 1 009 qui constituent le parc ! Vous voyez bien que le déficit des établissements hospitaliers publics n'est pas une fatalité !

Un certain nombre d'établissements sont certes en difficulté. Les mesures que je présente à l'article 40 permettront un traitement des situations de déséquilibre financier des établissements de santé. Déclinées selon une gradation – plan de redressement, contrat de retour à l'équilibre, mise sous administration provisoire –, elles visent non pas à punir ces établissements hospitaliers, mais, bien au contraire, à les aider. Le retour à l'équilibre financier des établissements de santé est nécessaire, il impose des mesures fortes, des mesures d'aide.

Dans cette perspective, un certain nombre de dispositifs sont prévus : je pense, en particulier, à la création de l'agence d'appui à la performance des établissements hospitaliers, qui apportera une aide logistique et donnera des conseils.

Bien sûr, des mesures ponctuelles d'accompagnement financier pourront être prises, mais je veux, je le dis clairement, changer de paradigme. Je consentirai des efforts pour les établissements qui en feront aussi. Il n'y a pas si longtemps encore, on venait voir le ministre de la santé pour obtenir une enveloppe supplémentaire, qui était accordée sans contrepartie.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Oui, c'est arrivé souvent !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Comme je l'ai dit à un certain nombre de présidents de conseil d'administration ou de directeurs d'établissement hospitalier, j'aiderai ceux qui s'engageront dans une démarche volontariste.

**M. Gérard César.** Très bien !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le déficit des établissements hospitaliers n'est pas une fatalité, je le répète. Les mesures inscrites à l'article 40 permettront d'aider ceux qui en ont besoin. En effet, ce qui menace l'hôpital public, joyau de notre système de santé, ce n'est pas la politique du Gouvernement, bien au contraire ; ce sont les déficits, et cela est inadmissible ! *(Très bien ! et applaudissements sur les travées de l'UMP.)*

**Mme Raymonde Le Texier.** C'est l'État qui crée les déficits publics !

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Enfin, j'indique que je suis favorable aux quatre amendements présentés par M. Vasselle. *(Nouveaux applaudissements sur les mêmes travées.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 156.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 157.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 24.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** En conséquence, l'amendement n° 158 n'a plus d'objet.

La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote sur l'amendement n° 159.

**Mme Annie David.** Madame la ministre, pour faire écho à la réponse globale que vous avez apportée à l'ensemble de nos amendements, mon explication de vote sera elle aussi globale.

Comme M. Fischer l'a souligné en présentant l'amendement n° 156, l'article 40 est très inquiétant. Selon nous, il est même dangereux, car ses dispositions mettent en péril les hôpitaux publics qui sont déjà le plus en difficulté.

J'ai bien compris que ce n'est pas de cette manière que vous voyez les choses, puisque vous nous avez dit vouloir aider les hôpitaux qui feront des efforts. Cependant, cela signifie donc que vous n'aidez pas forcément les autres, l'apport de contreparties conditionnant votre aide.

Cela me rappelle certains débats que nous avons eus ici, qui concernaient non pas les hôpitaux publics, mais les entreprises. Aujourd'hui, de l'argent public est distribué à bon nombre d'entre elles, et le contrôle de leur utilisation est très difficile, pour ne pas dire impossible.

Il y a donc un double discours : de l'argent public est accordé à des entreprises privées sans contrepartie, mais quand il s'agit d'aider nos hôpitaux publics à apporter une réponse appropriée à la demande de soins de l'ensemble de nos concitoyens, on s'aperçoit que les crédits de l'État sont gérés différemment...

Par ailleurs, vous prétendez vouloir privilégier la discussion, le dialogue social, traiter les dossiers en concertation avec les acteurs concernés. Pour autant, placer des hôpitaux sous administration provisoire privera leur conseil d'administration d'informations nécessaires au bon fonctionnement des établissements.

C'est pourquoi je déplore que vous ayez refusé notre amendement n° 165, qui tendait pourtant à réintroduire dans le texte une disposition que vous aviez initialement prévue mais qui a été supprimée par l'Assemblée nationale, tendant à assurer l'information des conseils d'administration de toutes les dispositions qui seraient prises par les conseils provisoires.

Il est profondément décevant que vous n'avez donné d'avis favorable à aucun de nos amendements et que vous mainteniez en fait l'article 40 dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 159.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 160.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 161.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 25.

**M. François Autain.** Cet amendement ne saurait nous laisser indifférents.

Il est fait référence à des situations qui pourraient « porter gravement atteinte à la qualité et à la sécurité des soins ». On ne peut que souscrire à votre souci d'y remédier, monsieur Vasselle, néanmoins une question se pose.

Imaginez que l'on découvre que la gestion d'un directeur n'est nullement en cause dans la dégradation de la situation, mais que celle-ci est due à l'insuffisance des crédits mis à sa disposition pour, précisément, assurer la dispensation de soins de qualité, les malades supportant les conséquences de ce sous-financement.

Dans cette hypothèse, seriez-vous prête, madame la ministre, à donner au directeur, avant de le congédier, une dernière chance, s'il est reconnu que la dégradation des soins relève moins de sa responsabilité que de la nôtre, puisque nous n'avons pas su trouver les crédits suffisants pour lui permettre d'exercer dans de bonnes conditions la mission que nous lui avons confiée ?

Si vous acceptiez de donner une réponse positive à cette question, je voterais l'amendement n° 25, en regrettant peut-être de ne pas l'avoir sous-amendé dans le sens que je viens d'indiquer. J'ai en effet une confiance très limitée dans l'actuel gouvernement !

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Monsieur Autain, le placement sous administration provisoire n'est pas une mesure anodine. J'ai décrit très précisément tout à l'heure la gradation qui y mènera éventuellement. C'est une mesure sérieuse, et même grave, qui est prise à partir du constat d'une situation chronique de déficit et de l'impossibilité, pour des raisons multiples, d'un retour à l'équilibre.

Jusqu'à présent, nous n'avons pris cette mesure que pour un unique établissement hospitalier, dans des conditions qu'il est facile de connaître. Cet établissement était de fait privé de direction. Ce n'est pas, bien entendu, une décision qui est prise à la légère, et le texte indique bien quelle sera la gradation de la procédure.

Vous avez donc l'assurance qu'il sera tenu compte des éléments que vous avez évoqués, monsieur Autain, et que le placement sous administration provisoire ne sera pas lié uniquement à l'existence d'un déficit chronique, mais sera décidé en fonction d'un certain nombre d'indicateurs.

Ainsi, monsieur Autain, pour en revenir au cas de placement sous administration provisoire que je viens de citer, je soulignerai qu'un autre établissement, possédant des structures de soins absolument identiques et accueillant des publics tout à fait comparables, présentait pour sa part des comptes excédentaires...

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 25.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 355.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 504 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 164.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 165.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 162.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 163.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 26.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'article 40.

**M. François Autain.** Madame la ministre, vous nous avez dit tout à l'heure que la dotation qu'il est prévu d'attribuer aux hôpitaux est en augmentation de 3,1 % par rapport à l'an dernier, que cela est considérable et que tout le monde devrait s'en réjouir.

Cependant, vous omettez d'indiquer que, dans le même temps, les dépenses de l'hôpital vont automatiquement croître de 4,1 %, ainsi que l'un de mes collègues l'a souligné tout à l'heure. Cela crée donc une situation intenable.

Le déficit, dites-vous, n'est pas une fatalité. Certes, mais que pourront faire les directeurs d'hôpital quand leurs ressources seront inférieures à leurs dépenses ?

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Ils réduiront leurs coûts !

**M. François Autain.** Là est le véritable problème posé par le nouveau mode de financement qui est mis en œuvre depuis quelques années. L'association de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et de la T2A est fondée sur le principe que toute la responsabilité de la situation financière des établissements incombe aux seuls directeurs d'hôpital : si 235 hôpitaux sont aujourd'hui en difficulté, c'est parce qu'ils ont à leur tête des directeurs incompetents. Il est absolument inconcevable, dans ce système, que cette situation puisse être imputable, par exemple, à un manque de financement. Seule l'incompétence des directeurs est en cause !

Tel est d'ailleurs l'esprit qui sous-tend l'article 40. Quand je vous ai demandé tout à l'heure, madame la ministre, ce que vous feriez si, par extraordinaire, on s'apercevait que la dégradation de la situation d'un hôpital était due à une insuffisance du financement, je n'ai pas obtenu la réponse que j'attendais. J'aurais aimé vous entendre vous déclarer prête à augmenter les financements pour permettre aux directeurs d'organiser la délivrance des soins dans de bonnes conditions.

La logique qui est à l'œuvre conduit donc inévitablement à l'asphyxie des hôpitaux. Mon collègue Jacky Le Menn et moi-même avons évoqué la lettre qui vous a été adressée par l'ensemble des présidents des commissions médicales consultatives des établissements de l'AP-HP. C'était tout de même une première ! Ils attireraient votre attention sur le fait que si vous poursuivez cette politique, ce sont non pas 235 hôpitaux, mais peut-être 300, 400 ou 500 qui seront en difficulté, et que le déficit total sera probablement beaucoup plus important. Il y a là un véritable problème !

C'est donc votre politique qui est en cause, bien plus que l'incompétence supposée des directeurs d'hôpital. C'est pourquoi les mesures que vous proposez au titre de l'article 40 ne me semblent pas du tout à la hauteur du problème. Nous voterons donc contre cet article.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour explication de vote.

**Mme Raymonde Le Texier.** Notre collègue Jacky Le Menn a exposé longuement et très clairement, tout à l'heure, ce que nous pensions des diverses dispositions du présent article. Par là même, il a expliqué pour quelles raisons nous voterions contre celui-ci.

J'ajoute que nous sommes pour le moins choqués que les déficits des hôpitaux publics suscitent à ce point la colère de Mme la ministre, quand les membres du Gouvernement manifestent une certaine complaisance envers le déficit de l'État et continuent de distribuer des cadeaux à ceux qui en ont le moins besoin !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 40, modifié.

Je suis saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

*(Le scrutin a lieu.)*

**Mme la présidente.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

*(Il est procédé au comptage des votes.)*

**Mme la présidente.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 43 :

Nombre de votants.....	341
Nombre de suffrages exprimés.....	338
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	170
Pour l'adoption.....	187
Contre .....	151

Le Sénat a adopté.

#### Article additionnel après l'article 40

**Mme la présidente.** L'amendement n° 281, présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevê, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 40, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière sont financées au titre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. Les mesures intervenant en cours d'année feront l'objet de financements complémentaires permettant leur mise en œuvre dans les établissements. »

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

**Mme Raymonde Le Texier.** Cet amendement vise à mieux articuler les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé.

La Fédération hospitalière de France prévoit, pour 2008, un déficit cumulé de près de 900 millions d'euros. Nous avons précédemment demandé un moratoire sur la convergence intersectorielle. Nous le savons, certains hôpitaux fonctionnent mal ou difficilement, et ont besoin d'une restructuration.

Cependant, les charges qui ne sont pas assumées par le système de soins incombent indûment à l'hôpital public. Une majorité d'établissements publics se trouvent en déficit, tandis que les établissements privés dégagent des marges financières importantes. Cette situation nécessite que l'on prenne très rapidement des mesures tendant à l'équité.

Le président de la Cour des comptes a d'ailleurs souligné tous ces dysfonctionnements.

Pour justifier votre rejet de nos propositions, vous arguez que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires règlera un certain nombre de problèmes. Pourtant, au travers de l'article 40 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, vous introduisez l'ébauche d'une réforme. Permettez-nous donc de poursuivre dans cette voie en formulant des propositions qui pourront peut-être inspirer l'élaboration du futur texte précité.

On ne peut à la fois exiger des hôpitaux publics qu'ils s'en tiennent strictement à leur budget et leur imposer des charges supplémentaires sur lesquelles ils n'ont aucune prise.

C'est pourquoi les mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière décidées après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale doivent faire l'objet de financements complémentaires.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission exprime un avis de sagesse.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Défavorable.

**Mme la présidente.** La parole est à M. André Vantomme, pour explication de vote.

**M. André Vantomme.** Pour ma part, je comprends la position du Gouvernement dans cette affaire ! Le protocole « Bertrand-Jacob » n'a pas été financé. Pourquoi en irait-il autrement à l'avenir, pourquoi les hôpitaux bénéficieraient-ils d'un traitement équitable auquel ils n'ont pas pu prétendre jusqu'à présent ?

Je soutiens résolument l'amendement présenté, qui comporte une mesure d'équité, de justice et d'honnêteté.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 281.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

#### Article 40 bis

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6145-16 est ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-16. – Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés par un commissaire aux comptes, selon des modalités et un calendrier définis par décret en Conseil d'État. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 6132-3, les mots : « et de l'article L. 6145-16 » sont supprimés ;

3° Au 4° de l'article L. 6143-6, la référence : « L. 6145-16, » est supprimée ;

4° Au 6° de l'article L. 6143-1, les mots : « ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 » sont supprimés.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 27 rectifié, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

I. – Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16-1.* – Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés.

« Cette certification est coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

II. – Les dispositions de l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique issues de la présente loi s'appliquent au plus tard, pour la première fois, aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Afin de préciser les modalités de certification des comptes des hôpitaux, cet amendement tend à substituer au texte adopté par l'Assemblée nationale une rédaction inspirée par l'article 9 du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Notre proposition devrait sans doute recueillir l'approbation du Gouvernement...

Cet amendement prévoit notamment que la certification des comptes soit réalisée avec le concours de la Cour des comptes. Ce processus est indispensable pour assurer la fiabilité des comptes des établissements de santé.

**Mme la présidente.** Le sous-amendement n° 530, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du I de l'amendement n° 27 rectifié, après les mots :

de santé

insérer les mots :

dont la liste est fixée par décret

La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le Gouvernement est favorable à cet amendement, s'agissant en particulier de la compétence de coordination de la procédure de certification des comptes confiée à la Cour des comptes.

Toutefois, nous souhaitons que l'obligation de certification ne concerne, dans un premier temps, que les établissements publics de santé représentant un enjeu financier fort.

En effet, vous conviendrez sans doute, monsieur le rapporteur, que la certification des comptes ne peut pas être appréhendée dans les mêmes termes pour les centres hospitaliers universitaires, dont les produits s'élèvent à plusieurs centaines de millions d'euros, et pour les hôpitaux locaux, dont les produits n'excèdent pas quelques millions d'euros. Pour les petits établissements, l'obligation de certification des comptes pourrait s'avérer être une charge disproportionnée, eu égard à l'enjeu financier.

Pour donner de la souplesse au dispositif, nous souhaitons donc que la liste des établissements publics de santé soumis à cette obligation soit fixée par décret.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 530 ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission exprime un avis favorable, l'essentiel étant que la certification soit assurée pour tous les établissements, quelle que soit leur taille.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix le sous-amendement n° 530.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 27 rectifié, modifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** En conséquence, l'article 40 *bis* est ainsi rédigé.

#### Article 40 *ter*

Le premier alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° À la fin de la deuxième phrase, les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « lors du pénultième exercice » ;

2° Les deux dernières phrases sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement règle sa contribution à l'établissement public national dans les deux mois de la publication de l'arrêté qui en fixe le taux et lui transmet, dans les mêmes délais, une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. »

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** Cet article a pour objet d'accélérer la procédure de recouvrement des contributions versées, par chaque établissement public de santé, au centre national de gestion. *A priori*, l'intention est louable. Toutefois, si nous sommes favorables à une réduction des formalités administratives, nous pensons que cet article fait fi du véritable problème des hôpitaux publics, à savoir que ce sont les déficits qui empêchent le recouvrement des contributions par le centre national de gestion.

Nous voterons donc contre cet article.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 40 *ter*.

*(L'article 40 *ter* est adopté.)*

#### Article 41

I. – L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est remplacé par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-10.* – L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

« L'agence a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

« *Art. L. 6113-10-1.* – Le groupement mentionné à l'article L. 6113-10 est soumis aux articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Le directeur général du groupement est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

« 2° Outre les personnels mis à sa disposition dans les conditions prévues à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le groupement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du présent code en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public et de droit privé, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« Art. L. 6113-10-2. – Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs. »

II. – Les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement prévues à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III *quater* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

Les dispositions de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et au plus tard avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

**M. Jacky Le Menn.** Je vais encore vous irriter, madame la ministre ! Je vous prie par avance de m'en excuser, mais mon rôle est aussi de dire ce que je pense.

Or j'estime qu'il n'est pas raisonnable de poursuivre la convergence tarifaire entre les secteurs public et privé, *a fortiori* au rythme actuel, contrairement à ce que pense également M. Vasselle.

En effet, l'hétérogénéité des éléments constitutifs de l'activité de ces deux secteurs pose un véritable problème, à la fois technique et politique. L'hôpital public accueille des pathologies plus lourdes, plus variées et plus coûteuses que celles qui sont traitées par la très grande majorité des cliniques privées à but lucratif. La durée moyenne de séjour y est en outre de près de 20 % plus longue.

Par ailleurs, comment prendre en compte les prestations non médicales dans la prise en charge des malades à l'hôpital, par exemple pour le sida, mais aussi pour d'autres pathologies dont le suivi comporte également une dimension sociale, difficilement mesurable ? Comment évaluer avec pertinence le poids des missions d'information, de formation, de prévention, de soutien psychologique, d'éducation thérapeutique, de soins de suite ?

Une même pluridisciplinarité, mêlant le médical et le non-médical, est indispensable dans la lutte contre l'hépatite C, la tuberculose, le paludisme, le diabète, le cancer et bien d'autres pathologies encore.

En outre, les tarifs des établissements à but lucratif n'intègrent ni les honoraires médicaux ni certaines prestations de soins telles que l'utilisation des appareils d'imagerie médicale, les analyses de laboratoire, la pratique d'explorations fonctionnelles, qui sont imputées sur l'enveloppe allouée aux soins de ville.

Dans ces conditions, comment réaliser des comparaisons objectives ? J'ajoute que les listes relatives aux médicaments onéreux et aux dispositifs médicaux implantables, faisant l'objet d'un financement hors tarifs, ne sont pas strictement superposables. Cela a d'ailleurs été relevé, madame la ministre, dans le rapport sur la convergence tarifaire.

Enfin, il convient d'être extrêmement prudent quant à la validité même de l'échelle nationale des coûts, dont le rôle devient déterminant dans le financement des structures de soins. En effet, sa valeur heuristique est fragile, pour deux raisons.

En premier lieu, le niveau de la comptabilité analytique mise en place dans les établissements est insatisfaisant, y compris pour l'échantillon test retenu en vue d'établir l'échelle nationale des coûts. C'est pourtant cette comptabilité analytique qui sert à déterminer non seulement le coût d'un service, mais aussi celui de chaque type de séjour.

En second lieu, il est difficile de déterminer le coût d'un séjour, étant donné la très grande variabilité des éléments à prendre en compte, qui tiennent non seulement aux patients eux-mêmes, qu'il s'agisse de leur âge, de leur sexe ou de leur état de santé, mais aussi aux conditions de réalisation des actes requis et aux éventuelles complications.

Je le rappelle, ce dispositif repose sur une répartition empirique de 20 000 codes diagnostiques et de 4 000 codes thérapeutiques entre 142 GHS – groupes homogènes de séjours – de moins de vingt-quatre heures et 662 GHS de plus de vingt-quatre heures, dans la version de 2008. Ces groupes comportent jusqu'à plusieurs centaines d'expressions médicales. Si l'on considère les niveaux de sévérité des pathologies en s'appuyant sur les codes diagnostiques associés, le nombre de groupes homogènes de malades passe de 799 à 2 306.

On peut en juger, ce dispositif est simple ! Et ne parlons pas des classifications à venir pour les pathologies psychiatriques ! Présidant un grand centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, je m'attends au pire. Il s'agit non plus d'une structure médico-administrative, mais d'une construction médico-technocratique, où l'on cherche vainement le malade !

Autant dire qu'il n'existe pas de séjour standard à proprement parler, et que faire reposer tout l'édifice du financement des établissements de santé sur de telles incertitudes paraît particulièrement critiquable à la majorité des personnels hospitaliers, médecins et non-médecins confondus.

Les thuriféraires de la tarification à l'activité avancent que des équilibres s'établiront entre les cas gagnants et les cas perdants. Il s'agit là d'une vision macroéconomique inadaptée à la situation microéconomique de chaque établissement et pôle d'activité. C'est un piège technique, aggravé par le refus constant des autorités de prendre en compte, dans le programme de médicalisation des systèmes d'information, les différents stades des cancers, l'admission à la suite d'un transfert d'une autre structure ou les cas où l'état du patient a nécessité l'intervention de plusieurs services et équipes lors d'un même séjour. En clair, on ne reconnaît pas l'incidence de ces situations sur la charge de travail des équipes soignantes et sur les coûts.

Vouloir faire entrer les réalités cliniques dans un modèle fondé sur le principe de l'homogénéité médicale et économique conduit à une impasse.

Madame la ministre, ne nous laissons pas subvertir par le dogme de la rationalité économique en matière de gestion hospitalière. Paré de toutes les apparences de la neutralité technique, il n'en est pas moins une arme de combat contre l'hôpital public, combat dont, en définitive, les victimes seront toujours les malades les plus fragiles.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 166, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la santé publique, supprimer deux fois les mots :

et médico-sociaux

La parole est à M. Guy Fischer.

**M. Guy Fischer.** L'article 41 tend à créer une agence nouvelle, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, l'ANAP, qui aurait pour mission d'élaborer et de mettre à disposition tant des établissements de santé que des établissements médico-sociaux les outils leur permettant d'améliorer leurs performances et de contribuer à la mise en place d'une stratégie d'efficience. En clair, il s'agit d'une démarche d'optimisation.

Les sénatrices et sénateurs du groupe CRC considèrent que la recherche d'efficience ne doit pas se faire au détriment du service rendu aux patients des établissements de santé et aux personnes accueillies dans les établissements relevant du champ médico-social.

Autant dire que les rapports législatifs relatifs à la création des agences régionales de santé nous ont inquiétés, particulièrement en ce qui concerne la fongibilité entre les financements destinés aux établissements de soins et ceux qui sont dévolus aux établissements médico-sociaux.

Nous craignons que la fusion de ces deux enveloppes ne donne, pendant un temps, l'illusion d'une hausse des budgets, alors que tel ne serait pas le cas. Nous redoutons aussi que la fusion des deux enveloppes ne s'opère au détriment du secteur médico-social. Nous avons en effet cru comprendre que vous envisagiez la fermeture prochaine de 300 établissements relevant de ce dernier et que vous prépariez la fusion des directions autour d'un nombre restreint d'établissements.

J'ai eu l'occasion de rencontrer la direction de l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés, l'UNAPEI, ainsi que celle de l'ADAPEI du Rhône, sa branche départementale : cette réforme est déjà mise en œuvre, puisque vingt-deux établissements d'un même type, sur les quarante-quatre que gère cette ADAPEI, disposent d'une enveloppe dédiée. Par ce moyen, on devrait passer de 35 000 établissements médico-sociaux actuellement à quelque 3 000, dans le souci d'optimiser la gestion grâce à des économies d'échelle.

Nous sommes donc inquiets, car vos propositions, madame la ministre, semblent être contradictoires avec l'annonce de la transformation prochaine de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, en une véritable agence nationale, dont on voit mal comment, une fois créée, elle ne se soucierait pas de l'efficience du dispositif.

Par ailleurs, cette décision a été prise en dehors de toute concertation avec les acteurs concernés. Nous sommes très loin de votre volonté affichée de réaffirmer la valeur du dialogue social, d'autant qu'il est prévu que la CNSA, qui pourrait donc se muer en une agence, participerait financièrement à la création de l'ANAP. Cela aurait, pour le moins, mérité un véritable dialogue !

C'est pourquoi nous proposons au Sénat d'adopter cet amendement : nous considérons que la concertation n'est pas allée assez loin. À défaut d'être rassurés, nous voudrions au moins avoir des éléments d'information sur une réforme qui va affecter très profondément les établissements médico-sociaux. Or, ne l'oublions pas, ces établissements, dont la gestion est déléguée à des associations par les départements ou par l'État, font vivre l'économie locale.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** La commission émet un avis défavorable sur cet amendement, car nous ne pouvons, compte tenu de l'économie générale du texte, supprimer la référence aux établissements médico-sociaux.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je rejoins M. Fischer pour souligner l'importance du secteur médico-social. Pour ma part, toutefois, j'estime qu'il serait tout à fait dommageable de les priver de l'appui que pourra leur apporter l'ANAP.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 166.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**Mme la présidente.** L'amendement n° 75, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la sécurité sociale :

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. Elle peut, à cette fin, procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Cet amendement tend à préciser les missions de l'ANAP, en s'appuyant sur l'exposé des motifs du projet de loi.

Cette agence se substituera à trois organismes existants : la mission d'expertise et d'audit hospitaliers, la MEAH, la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier, la MAINH, et le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, le GMSIH. Cela va dans le sens des préconisations que j'avais formulées précédemment.

L'amendement tend également à prévoir la possibilité, pour l'ANAP, de procéder à des audits de la gestion des établissements, comme c'est aujourd'hui le cas pour la MEAH.

Madame la ministre, vous souhaitez que nous apportions certaines précisions. Il semblerait effectivement utile d'indiquer que l'agence apportera son soutien à l'optimisation du patrimoine immobilier des établissements et que les audits réalisés s'intégreront à son programme de travail. Je rectifie donc l'amendement en ce sens.

**Mme la présidente.** Je suis donc saisie d'un amendement n° 75 rectifié, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, qui est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 6113-10 du code de la sécurité sociale :

« L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils, dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. À cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. »

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je souhaiterais rendre hommage à M. Jégou, qui m'avait interpellée sur ce sujet lors de la discussion du précédent PLFSS. Son action permettra d'obtenir une simplification et une optimisation des ressources administratives dans le domaine du conseil.

Je suis donc favorable à l'amendement n° 75 rectifié.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 75 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 418, présenté par M. Gilles, est ainsi libellé :

Après le mot :

répartie

rédiger comme suit la fin du deuxième alinéa (1°) du texte proposé par le I de cet article pour L. 6113-10-2 du code de la santé publique :

en fonction du montant des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par chacun de ces régimes (régime général, salariés agricoles, exploitants agricoles, régime social des indépendants) au cours du dernier exercice connu ;

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 76, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

À la fin du dernier alinéa du II de cet article, remplacer les mots :

avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012

par les mots :

jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2010

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel, visant d'une part à mieux insérer dans le texte la modification apportée par l'Assemblée nationale, d'autre part à prévoir, par cohérence avec d'autres dispositions, que la convention constitutive de l'ANAP devra être approuvée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 76.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** L'amendement n° 77, présenté par M. Jégou, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Compléter le II de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

Le III *quater* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est supprimé à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis.** Cet amendement tend à réparer un oubli, en abrogeant les références aux missions spécialisées de la MEAH et de la MAINH, qui seront reprises par l'ANAP.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Favorable.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 77.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 41, modifié.

*(L'article 41 est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 41

**Mme la présidente.** L'amendement n° 457, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mmes Hoarau, Pasquet et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 41, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport fixant les modalités de mise en œuvre et de financement d'un plan permettant aux hôpitaux de retraiter les effluents chimiques toxiques qu'ils déversent à l'égout est remis par le Gouvernement au Parlement avant le 15 octobre 2009.

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Dans l'esprit du Grenelle de l'environnement, nous demandons qu'un plan d'action pour les hôpitaux concernant le retraitement de leurs eaux usées soit présenté au Parlement à la fin de l'année prochaine.

Les effluents des hôpitaux sont en effet constitués de produits divers, tous potentiellement dangereux, tels que les antibiotiques, les produits chimiques toxiques, les solvants, les métaux lourds, les révélateurs et les fixateurs de radiographie, les résidus médicamenteux, sans parler des produits d'hygiène et d'entretien plus courants. Ces eaux peuvent aussi être chargées en microorganismes tels que des bactéries, des champignons ou des virus.

Tous ces éléments, rejetés dans les eaux usées, finissent à la station d'épuration, qui, le plus souvent, met en œuvre des processus microbiologiques de dégradation. Or, on sait que l'efficacité de ces procédés est très mal connue. Ces molécules se retrouvent donc parfois dans l'eau et dans les boues rejetées par les stations d'épuration dans le milieu naturel.

La communauté scientifique est particulièrement attentive à ce problème. En effet, tout laisse à penser aujourd'hui que les éléments rejetés à l'égout pourraient être à l'origine des maladies de demain.

L'Association scientifique et technique pour l'eau et l'environnement insistait, lors de son audition par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques du Sénat, le 21 septembre 2006, sur le fait que les stations d'épuration n'étaient pas conçues pour traiter toutes les pollutions actuelles et qu'il serait plus cohérent de traiter les molécules dispersées en amont de la pollution plutôt qu'au niveau des stations d'épuration, où cela coûte très cher pour des effets faibles.

Par ailleurs, un colloque international destiné à réaliser un état des lieux et de dresser les perspectives de gestion des effluents liquides des établissements de santé se tiendra à la toute fin du mois, à Grenoble. Il réunira, entre autres participants, l'INRA, l'AP-HP, les hôpitaux de Lyon, des ingénieurs, des universitaires et des laboratoires pharmaceutiques.

Aussi le rapport que je souhaite voir réalisé pourrait, par exemple, déterminer et chiffrer les mesures permettant la généralisation, au sein des établissements, de l'équipement en station d'épuration autonome ou encore du recours à

l'osmose inverse et à la destruction des concentrats à très haute température. Des spécialistes devront le déterminer, car de nouvelles solutions existent.

Telles sont les raisons pour lesquelles je souhaite que le Gouvernement se penche sur cette question.

Je ne saurais terminer sans avoir précisé, pour ceux qui n'auraient pas tout compris, mais je sais qu'ils sont peu nombreux dans cet hémicycle (*Sourires*), qu'un concentrat désigne un fluide enrichi en substances arrêtées par une membrane.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement d'appel et la commission demande à M. Autain de bien vouloir le retirer.

**M. François Autain.** Ce n'est pas une explication !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Le problème évoqué par M. Autain est de toute première importance. Le rejet de substances toxiques, en particulier de médicaments, dans l'environnement constitue en effet une préoccupation majeure.

Cependant, il est à noter que les rejets de substances médicamenteuses ne sont pas seulement le fait de l'hôpital. De plus en plus de traitements lourds sont administrés au domicile des malades eux-mêmes. Ces types de rejets sont donc appelés à augmenter. Les médicaments utilisés dans les exploitations agricoles à la suite des prescriptions vétérinaires participent eux aussi à ces pollutions massives et incontrôlées.

Tout cela exige donc un traitement d'ensemble. C'est la raison pour laquelle vient de se tenir à mon ministère une réunion de travail avec les différents organismes intéressés : l'AFSSAPS, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'AFSSET, l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, l'AFSSA, l'Agence française de sécurité sanitaire, et l'INCA, l'Institut national du cancer. Leurs conclusions prendront place dans le deuxième plan national santé et environnement que nous sommes en train de préparer.

Monsieur le sénateur, comme vous le voyez, un travail important est en cours. Je partage votre diagnostic, mais je souhaite que vous retiriez votre amendement au bénéfice des garanties que je viens de vous donner.

**Mme la présidente.** Monsieur Autain, l'amendement n° 457 est-il maintenu ?

**M. François Autain.** Madame la ministre, j'aimerais d'abord savoir si vous envisagez de mettre en œuvre un dispositif spécifique pour les hôpitaux. Par exemple, comptez-vous faire réaliser des études concernant l'implantation de stations d'épuration ?

J'ai bien compris que les problèmes de pollution devaient être posés de façon globale, mais un hôpital pollue beaucoup plus qu'une habitation, ne serait-ce qu'en raison des taux de concentration des substances qu'il rejette. Voilà le principal danger.

C'est la raison pour laquelle il faut mettre en place des solutions adaptées et spécifiques.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme la ministre.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Des mesures ont déjà été prises concernant les hôpitaux, puisqu'il existe des dispositions réglementaires relatives aux déchets toxiques. Les réseaux d'eaux usées sont ainsi contrôlés par des médecins, des pharmaciens-inspecteurs et des ingénieurs sanitaires des DDASS.

De plus, en 2010, dans le cadre de la certification des établissements de santé, une démarche globale concernant leur gestion de la qualité de l'eau devra être menée avec un suivi des différents rejets et, le cas échéant, les mesures d'amélioration à apporter.

Monsieur le sénateur, je pense que votre demande est en passe d'être satisfaite.

**Mme la présidente.** Monsieur Autain, qu'en est-il finalement de l'amendement n° 457 ?

**M. François Autain.** Je le retire, mais je reviendrai certainement sur la question.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 457 est retiré.

#### Article 42

La troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique pour une activité comparable ».

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** L'article 42 a pour objet d'étendre la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie prévu pour le développement de la chirurgie ambulatoire à des prestations d'hospitalisation d'établissements de santé caractérisées par une évolution atypique.

Elle pourrait être décidée sur proposition du directeur des organismes d'assurance maladie par la commission exécutive de l'ARH à partir d'analyse des données médico-économiques des établissements de santé et compte tenu des référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

L'objectif est, là encore, de faire des économies.

Notre collègue Bruno Gilles avait déposé un amendement imposant aux ARH d'établir un programme régional inscrivant obligatoirement une concertation des fédérations d'établissements de santé au niveau régional. Cet argumentaire nous paraît devoir être pris en compte. C'est pourquoi nous regrettons que M. Gilles ne soit pas présent pour défendre son amendement.

Il est vrai que la mise sous entente préalable et les critères afférents s'appliquent non pas à un établissement isolé, mais potentiellement à tous les établissements d'une même région. Cet amendement visait donc à introduire une concertation préalable obligatoire entendant garantir l'équité de traitement entre établissements quels que soient leur taille ou leur statut.

Pour notre part, nous proposerons un amendement destiné à porter de seize à dix-huit semaines le délai légal de congé de maternité prévu par l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, conformément à une proposition de directive de la Commission européenne.

Selon une enquête menée par la DREES en octobre 2006, 84 % des mères souhaiteraient que les congés de maternité durent plus longtemps afin de mieux organiser leur réintégration professionnelle. C'est ce que nous verrons dans un instant avec l'amendement qui sera défendu par Mme Campion.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 419, présenté par M. Gilles, est ainsi libellé :

Au début de cet article, ajouter un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le début du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Sur le fondement d'un programme régional établi par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés et sur proposition... (le reste sans changement) ».

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 505, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans cet article, après les mots :

code de la santé publique

insérer les mots :

, ou des données de facturation transmises à l'assurance maladie,

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 505.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 42, modifié.

*(L'article 42 est adopté.)*

#### Article additionnel après l'article 42

**Mme la présidente.** L'amendement n° 282, présenté par M. Godefroy, Mmes Le Texier, Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Cazeau et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn, Daudigny et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Dans le premier alinéa de l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale, le mot : « dix » est remplacé par le mot : « douze » et le mot : « huit » est remplacé par le mot : « dix ».

II. – Dans le troisième alinéa du même article, le mot : « seize » est remplacé par le mot : « dix-huit ».

III. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I et du II ci-dessus sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Claire-Lise Campion.

**Mme Claire-Lise Champion.** Cet amendement vise, comme l'annonçait ma collègue à l'instant, à modifier l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale afin de porter le délai légal du congé de maternité de seize à dix-huit semaines.

Pour cela, nous nous appuyons sur la proposition de directive adoptée par la Commission européenne le 1<sup>er</sup> octobre dernier sur l'initiative du commissaire chargé de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances, M. Vladimír Špidla. Cette proposition de directive doit encore être examinée par le Parlement et le Conseil européens. Toutefois, il nous semble important que la France apporte son soutien à cette initiative en anticipant l'adoption définitive de ce texte.

La durée de dix-huit semaines est déjà pratiquée au Portugal, au Royaume-Uni, en Irlande, en Grèce et en Finlande. Les Italiennes ont droit à vingt semaines et les Danoises, à vingt-huit semaines !

En France, les futures mères bénéficient de seize semaines de congé de maternité – vingt-six semaines à partir du troisième enfant seulement – à prendre avant ou après la naissance. Depuis 2007, la loi se contente de leur imposer trois semaines de repos avant la date présumée de l'accouchement. En fait, la plupart des femmes se débrouillent pour allonger la durée de leur congé de maternité en ayant recours aux congés pathologiques ou à leurs congés annuels : en moyenne, les mères de un ou de deux enfants y ajoutent trente-huit jours, les autres vingt et un jours. Mais ces arrangements sont réservés aux femmes qui bénéficient d'une certaine stabilité professionnelle. Ainsi, dans le secteur privé, les mères en CDI ont 60 % de plus de chances d'y avoir recours que les femmes en CDD.

De nombreux arguments plaident en faveur de cet allongement de la durée du congé de maternité, dont l'objectif est de faciliter une meilleure conciliation entre vie professionnelle, vie privée et vie familiale.

D'un point de vue médical, d'abord, tous les médecins sont d'accord pour reconnaître qu'un congé de maternité de plus longue durée a une incidence positive sur l'état de santé des mères ; il leur permet de se remettre plus facilement de leur accouchement et d'établir une relation solide avec leur enfant. Le collège national des gynécologues et des obstétriciens français soutient cette proposition.

D'un point de vue professionnel, ensuite, il est plus facile pour les femmes de reprendre le travail lorsque leur enfant est plus âgé. Quant à l'employeur, il aura une idée plus précise de la durée d'absence de ses salariées.

La durée de dix-huit semaines correspond d'ailleurs à la durée du congé prévue par la recommandation de l'OIT sur la protection de la maternité, adoptée en 2000, l'objectif étant d'améliorer la santé et la sécurité des femmes qui ont un enfant.

Nous pensons que les bénéfices pour les femmes d'une telle mesure sont bien plus importants que le surcoût engendré pour l'assurance maladie. À l'instar du commissaire européen Vladimír Špidla, nous estimons qu'« il ne faut pas voir cela comme une dépense, mais un investissement pour notre avenir ».

Nous n'oublions pas que la proposition de directive de la Commission européenne s'accompagne d'autres mesures visant à améliorer la protection salariale et juridique des femmes ayant un enfant. Ainsi, elle réaffirme clairement les objectifs de Barcelone de 2002 tendant à la mise en place

d'ici à 2010 des structures d'accueil pour 90 % au moins des enfants ayant entre trois ans et l'âge de la scolarité et pour au moins 33 % des enfants âgés de moins de trois ans.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion, au cours de l'examen des derniers articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, de parler de la politique familiale d'accueil de la petite enfance dans notre pays.

La natalité française est l'une des plus fortes d'Europe. Nous ne pouvons que nous en réjouir. L'adoption de cet amendement permettrait de faire un pas de plus dans l'amélioration des conditions d'accès au congé de maternité. C'est pourquoi, mes chers collègues, je n'imagine pas que vous puissiez ne pas le voter.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Alain Vasselle, rapporteur.** Défavorable !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Je suis tout à fait d'accord avec Mme Champion quand elle indique que de nombreuses femmes – c'est le cas de sept femmes sur dix – prolongent le congé de maternité de seize semaines jusqu'à dix-huit semaines et que, après le deuxième et le troisième enfant, la durée du congé de maternité s'allonge.

Cela étant, il faut savoir que le dispositif européen forme un tout. L'allongement du congé de maternité à dix-huit semaines est assorti d'un certain nombre de mesures, en particulier la suppression de l'obligation du repos prénatal de trois semaines qui, lui, est prévu dans notre législation. L'adoption de cette proposition en l'état entraînerait donc des risques, en particulier celui de naissances prématurées.

De plus, je précise que la Commission, le Parlement et le Conseil n'en sont qu'au stade de la discussion ; nous ne savons absolument pas pour l'heure sur quoi elle débouchera. Il serait donc prématuré de se calquer par avance sur un dispositif qui n'est pas encore stabilisé.

C'est la raison pour laquelle je ne suis pas favorable à cet amendement.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

**Mme Annie David.** Madame la ministre, vous nous dites que nous n'en sommes encore qu'au stade de la discussion au niveau européen. J'en conviens volontiers, mais la France pourrait justement s'inscrire à l'avant-garde du mouvement.

Comme l'a indiqué notre collègue, d'autres pays, dont l'Italie et le Portugal, ont déjà accordé aux femmes salariées des avantages plus intéressants que ceux que la France octroie.

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Avec les résultats que l'on sait !

**Mme Annie David.** Nous pourrions par conséquent montrer l'exemple à l'échelon européen en adoptant d'ores et déjà cet amendement.

Nous avons, pour notre part, déposé une proposition de loi qui va dans ce sens. Bien entendu, nous voterons l'amendement déposé par nos collègues socialistes.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 282.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**Article 42 bis**

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs aux effectifs et à la masse salariale des établissements de santé, permettant notamment d'apprécier les conditions dans lesquelles sont appliqués les articles L. 3151-1 et suivants du code du travail.

**Mme la présidente.** La parole est à M. Jacky Le Menn, sur l'article.

**M. Jacky Le Menn.** Madame la ministre, si j'ai tenu à m'exprimer sur cet article, c'est-à-dire sur la masse salariale et les effectifs des établissements de santé, c'est pour dire avec force mon opposition à la remise en cause directe et massive de l'emploi hospitalier.

Face aux situations budgétaires tendues, il paraît certes légitime que les hôpitaux cherchent de nouvelles formes d'organisation, notamment par le développement de solutions autres que l'hospitalisation et par le décloisonnement de certaines de leurs activités.

En revanche, la mise en œuvre des plans de redressement et des contrats de retour à l'équilibre dans de nombreux établissements conduit systématiquement à considérer l'emploi et la masse salariale comme la principale, voire l'unique variable d'ajustement budgétaire, avec des réductions d'emplois sans précédent.

On se croirait revenu au temps des licenciements dans la sidérurgie ou l'industrie automobile : la presse se fait régulièrement l'écho de plans prévoyant 250, 300, 500, voire 2 000 suppressions d'emplois ! Des agents hospitaliers en CHU ont été invités à faire connaître leur intérêt pour la prime au départ prévue par les dispositions concernant la fonction publique.

Au total, un retour brutal et forcé à l'équilibre de tous les établissements, avec un maintien tant de l'ONDAM en médecine, chirurgie, obstétrique que des MIGAC – les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation –, risque de remettre en cause près de 20 000 emplois, selon la Fédération hospitalière de France.

Ce n'est pas acceptable !

Pour la première fois, la circulaire budgétaire adressée à l'ensemble des décideurs et à tous les établissements au mois de juillet dernier demande clairement, quelles que soient les prévisions d'activités envisagées, de baisser la masse salariale, l'emploi, et de renégocier les avantages sociaux dans les hôpitaux.

Ce n'est pas admissible !

Les développements prévus dans le secteur médicosocial ne compensent en rien ces diminutions massives d'effectifs.

À ce rythme, avec la pénibilité du travail qui s'accroît, si l'on diminue encore le personnel hospitalier, essentiellement féminin, on peut se demander dans quel état de santé seront dans quelques mois ou dans quelques années les infirmières, les aides-soignantes, les agents des services hospitaliers, qui assument bien souvent une charge de travail supplémentaire dans leur foyer.

Dans l'environnement économique actuel, ne serait-il pas plus opportun d'envisager un plan de relance du service public hospitalier par un meilleur financement des

MIGAC, et d'arrêter d'inquiéter, voire d'effrayer la communauté hospitalière publique, les malades et leurs familles par des menaces répétées sur l'emploi hospitalier ?

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 42 bis.

*(L'article 42 bis est adopté.)*

**Article additionnel avant l'article 43**

**Mme la présidente.** L'amendement n° 28, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 43, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4322-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin. »

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le médicosocial.** Cet amendement a pour objet d'autoriser les pédicures-podologues à renouveler pendant trois ans, voire à adapter les prescriptions médicales initiales des orthèses plantaires.

Cette disposition permettrait aux patients de faire l'économie d'une consultation auprès de leur médecin traitant uniquement pour renouveler une ordonnance.

Bien évidemment, pour être complète, cette possibilité d'adaptation et de renouvellement des orthèses plantaires doit être assortie d'une modification de l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale permettant la prise en charge de ce dispositif par l'assurance maladie.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre.** Favorable !

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 28.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement, avant l'article 43.

**Article 43**

I. – Après l'article L. 133-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4-4. – Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait de soins.

Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

« L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement à la personne de la somme en cause. Elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

II. – Le I est applicable aux notifications de payer adressées à compter de l'entrée en vigueur du présent article.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

**Mme Raymonde Le Texier.** L'article 43 prévoit que les remboursements des prestations médicales ou paramédicales et des achats de médicaments effectués par un résident à l'extérieur de l'établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes où il est hébergé sont imputés sur l'enveloppe de ville et viennent en diminution de la dotation de soins de l'EHPAD, considéré comme une alternative au domicile.

L'une des dispositions prévues dans cet article pose un sérieux problème.

En effet, aujourd'hui, lors de son admission, le résident est informé, par le biais de son contrat de séjour, de la prise en charge, par la dotation de soins de l'EHPAD, des prestations médicales et paramédicales dont il bénéficie, ainsi que de ses droits, au premier rang desquels figure la liberté de choisir son médecin et son pharmacien en dehors de l'établissement.

À moins de remettre en question la liberté des résidents, il n'entre pas dans les attributions du directeur de l'EHPAD de vérifier les prestations et les prescriptions que les résidents sollicitent à l'extérieur de son établissement.

Vous le proposez. Nous nous y opposons et en faisons, quant à nous, une question de principe.

Par ailleurs, cet article organise la récupération par l'assurance maladie des dépenses médicales et paramédicales d'assurance maladie des personnes résidant dans un EHPAD au motif que celles-ci relèvent du tarif afférent aux soins de l'établissement, mais ont été prises en charge, à titre individuel, par un organisme d'assurance maladie.

Pour nous, la gestion de ce problème est du ressort de chacune des caisses primaires d'assurance maladie : elles doivent réaliser les vérifications qui s'imposent avant de procéder à des remboursements. Un directeur d'établissement n'ayant pas à connaître les prestations réalisées à l'extérieur, on ne saurait porter à la charge de l'EHPAD des sommes indûment remboursées par une caisse.

Nous avons donc déposé un amendement de suppression de cet article.

**Mme la présidente.** Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune ; les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 248 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 284 rectifié est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et

Desessard, Mmes Printz et Chevê, MM. Le Menn et Daudigny, Mme Durrieu et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 248.

**M. François Autain.** Nous demandons la suppression de l'article 43 pour différentes raisons. D'une part, la gestion de ce risque est, selon nous, du ressort des CPAM, qui disposent des informations utiles pour la mettre en œuvre. D'autre part, la liberté d'aller et venir de la personne résidant en établissement et le caractère de substitut de domicile s'opposent à la gestion par le directeur des prestations visées.

En effet, la couverture par l'EHPAD sur son forfait « soins » des prestations médicales et paramédicales liées à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ou à la perte de l'autonomie dépend de l'option tarifaire choisie par l'établissement dans le cadre de sa convention tripartite – forfait global ou forfait partiel.

Lors de son admission, le résident prend connaissance de l'organisation de l'établissement, et notamment des prestations qui lui sont offertes, puis y adhère par la signature de son contrat de séjour. Ce contrat de séjour permet d'informer le résident de la prise en charge par la dotation « soins » de l'établissement des prestations susmentionnées. Pour autant, il traduit également les droits du résident, notamment sa liberté d'aller et venir, le libre choix de son médecin et de son pharmacien.

Afin que l'assurance maladie puisse repérer d'éventuels « doublons » dans les demandes de prise en charge de certaines prestations, le directeur de l'EHPAD transmet à sa caisse pivot toute information utile à la gestion de ce risque.

La gestion du risque d'une double prise en charge, à la fois par le biais de la dotation « soins » des établissements sociaux et médicosociaux et sur l'enveloppe de ville, relève entièrement de la compétence de la caisse d'assurance maladie.

Un directeur d'établissement, sauf à restreindre le droit des résidents qu'il accueille, ne peut et n'a pas à savoir, pas plus qu'il n'a à le vérifier, que des prescriptions sont réalisées ou honorées à l'extérieur de l'établissement.

On ne peut donc mettre à la charge de l'établissement des sommes indûment payées par une caisse qui n'a pas mis en œuvre son pouvoir de vérification avant d'honorer un remboursement.

Il est proposé, par cet amendement, de supprimer l'article 43, afin d'avoir la possibilité de revoir la question et de savoir comment les établissements pourraient soutenir les caisses pour mieux repérer et prévenir les situations de double remboursement. Nous ne nions pas qu'un problème puisse exister, mais nous sommes opposés à la façon dont cet article vise à le résoudre.

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 284 rectifié.

**Mme Raymonde Le Texier.** Il est défendu, madame la présidente.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 367, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 133-4-4.* – L'ensemble des prestations médicales et paramédicales, nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que des prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance délivré à une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est pris en charge par l'établissement, sous réserve que ces prestations aient été dispensées ou prescrites par le médecin traitant dans le cadre du parcours de soins et des tarifs journaliers afférents aux soins, selon l'option tarifaire retenue dans la convention prévue au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

« Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour ces personnes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait soins. Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

« L'action en recouvrement, se prescrit au terme d'un délai d'un an à compter de la date de paiement de la somme en cause. Elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 167, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Avant le premier alinéa du texte proposé le I de cet article pour l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« L'ensemble des prestations médicales et paramédicales, nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que des prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance délivré à une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est pris en charge par l'établissement, sous réserve que ces prestations aient été dispensées ou prescrites par le médecin traitant dans le cadre du parcours de soins et des tarifs journaliers afférents aux soins, selon l'option tarifaire retenue dans la convention prévue au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Dans la première phrase du deuxième alinéa du même texte, remplacer les mots :

par trois ans

par les mots :

terme d'un délai d'un an

La parole est à M. François Autain.

**M. François Autain.** Chaque résident, dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, dispose du libre choix de son médecin traitant. Dans le cadre du parcours de soins, ce médecin traitant peut prescrire des prestations paramédicales ou demander une consultation spécialisée.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont dans l'impossibilité de mener une gestion cohérente du forfait soins dès lors que des prestations médicales et paramédicales qui n'ont pas été délivrées ou prescrites par le médecin traitant de chaque résident dans le cadre de ce parcours de soins y sont intégrées. Il est indispensable d'éviter que le forfait soins des établissements ne supporte les conséquences d'un certain nomadisme médical.

À ce jour, le gestionnaire d'un EHPAD peut choisir entre quatre types de tarifs : le tarif global avec pharmacie à usage intérieur – PUI –, le tarif global sans PUI, le tarif partiel avec PUI, le tarif partiel sans PUI.

Dans le cadre d'un EHPAD ayant opté pour le tarif partiel sans PUI, les seuls actes que l'EHPAD pourrait avoir à rembourser sont les actes infirmiers et les dispositifs médicaux remboursés indûment à l'assuré social par l'assurance maladie, prescrits par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins.

La Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif, la FEHAP, refuse que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des actes infirmiers et les dispositifs médicaux prescrits par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins.

Dans le cadre d'un EHPAD ayant opté pour le tarif global sans PUI, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux sont pris en charge dans la dotation.

La FEHAP refuse que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des prestations prescrites par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins, et nous souscrivons à cette revendication.

Dans le cadre d'un EHPAD ayant opté pour le tarif global ou partiel avec PUI, les médicaments des résidents sont prescrits par le médecin traitant ou par un médecin spécialiste dans le cadre du parcours de soins, et inclus dans la dotation.

Nous refusons que le gestionnaire ait à supporter le remboursement des médicaments prescrits par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en dehors du parcours de soins.

Enfin, le délai de prescription de l'action fixé à trois ans à compter de la date de paiement de la somme en cause s'avère trop long. Pour cette raison, nous proposons de l'établir à un an.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 29, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

par les mots :

un établissement mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs afférents aux soins fixés en application de l'article L. 314-2 du même code

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 29 et pour donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Cet amendement vise à rectifier des références inexactes au sein du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, il convient de supprimer la référence à des tarifs « journaliers » en matière de soins, puisque l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 institue le principe d'un forfait global calculé sur la base d'une tarification à la ressource.

J'en viens maintenant l'avis de la commission.

Les amendements identiques n°s 248 et 284 rectifié tendent à supprimer l'article 44, dont l'objet est pourtant de mettre fin à des situations anormales : des patients en EHPAD continuent de se faire rembourser par l'assurance maladie des prestations qui devraient être couvertes dans le forfait soins de l'établissement.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements identiques, ainsi que sur l'amendement n° 167.

**Mme la présidente.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité.** Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les amendements identiques n°s 248 et 284 rectifié ainsi que sur l'amendement n° 167, et un avis favorable sur l'amendement n° 29.

**Mme la présidente.** Je mets aux voix les amendements identiques n°s 248 et 284 rectifié.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 167.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'amendement n° 29.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je mets aux voix l'article 43, modifié.

*(L'article 43 est adopté.)*

#### Article 44 et article additionnel après l'article 44

I. – La dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ».

II. – Après le premier alinéa du II de l'article L. 314-7 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'alinéa précédent, le 3° du I, le III du présent article et les deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. »

III. – L'article L. 314-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 314-2. – Les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 sont financés par :

« 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents, déterminé par arrêté de l'autorité compétente de l'État en application d'un barème et de règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, fixé par un arrêté du président du conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 et les résidents non admis à l'aide sociale dans les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

IV. – L'article L. 238-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est supprimé ;

2° Le premier alinéa du II est supprimé ;

3° Au deuxième alinéa du II, les mots : « Cette dotation budgétaire globale » sont remplacés par les mots : « Le forfait global » ;

4° À la dernière phrase du troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale » sont remplacés par les mots : « du forfait global » ;

5° La dernière phrase du dernier alinéa du II est supprimée.

V. – Les premier et dernier alinéas du V de l'article L. 314-7 du même code sont supprimés.

VI. – Le premier alinéa de l'article L. 314-6 du même code est complété par les mots : « , à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 ou une convention pluriannuelle mentionnée à l'article L. 313-12 ».

VII. – Les III, IV et V sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**Mme la présidente.** Je suis saisie de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune ; les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 168 est présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mmes Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 285 rectifié est présenté par Mme Le Texier, M. Cazeau, Mmes Jarraud-Vergnolle, Demontès, Schillinger et Campion, MM. Teulade, Godefroy et Desessard, Mmes Printz et Chevé, MM. Le Menn et Daudigny, Mme Durrieu et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 168.

**M. Guy Fischer.** Si l'article 44 était adopté, il apporterait de très nombreuses modifications aux règles de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux. Nous sommes à la veille d'une révolution sur ce point.

En effet, après avoir instauré un début de convergence tarifaire pour 2009, le Gouvernement entend poursuivre cette démarche tout en appliquant, par tropisme envers le domaine médical, la tarification à l'activité.

Jusqu'à présent, les établissements concernés n'étaient pas soumis à une telle tarification. Il s'agissait d'une procédure de fixation des tarifs négociés, qui permettait le dialogue entre l'administration de tutelle et les établissements sociaux et médico-sociaux, en liaison, bien entendu, avec le conseil général.

Comme cela fut le cas dans le domaine médical, le passage à la tarification à l'activité, appelée pudiquement pour les EHPAD et pour les actes de soins « tarification à la source », se traduira, nous le craignons, par une inversion des logiques. Désormais, on cherchera non plus à financer les établissements en fonction des besoins, mais à réduire les exigences, afin de les contenir dans une tarification qui, tous les acteurs du dossier le confirment, conduira à diminuer les ressources.

Compte tenu de l'évolution rapide des dépenses dans le secteur médicosocial, il y a une volonté de les contenir, mais une réflexion s'impose sur les restes à charge qu'auront de plus en plus à supporter les familles.

Nous craignons que l'article 44 ne conduise demain les établissements à sélectionner les personnes accueillies, afin d'éviter certains publics jugés insuffisamment « rentables ».

En réalité, une sélection s'effectue déjà au sein des EHPAD, notamment en raison des conditions de travail difficiles des personnels. Certains ne sont pas assez qualifiés et sont engagés sur des contrats à durée déterminée, ce qui crée un turn-over relativement important.

Le dispositif introduit par l'article 44 instituerait la course aux actes rentables et la sélection s'effectuerait, une fois de plus, au détriment des personnes les plus en difficulté.

À l'heure actuelle, et je sais que vous en êtes consciente, madame la secrétaire d'État, pour trouver une place pour les personnes âgées les plus dépendantes, il faut se lever tôt ! C'est même un problème terrible pour les familles. Lorsque celles-ci se résignent, d'ailleurs de plus en plus tard, à placer les personnes âgées dont elles ont la charge dans un EHPAD, c'est bien souvent parce qu'elles sont à bout ! Or les établissements font un choix. Ils accueillent effectivement certaines des personnes concernées, mais pas suffisamment par rapport aux demandes. J'attire donc votre attention sur ce point.

Si le financement public n'est pas suffisant, ce seront les EHPAD, donc, par ricochet, les patients eux-mêmes, qui devront assumer les coûts. Nous en avons déjà eu une illus-

tration avec les dispositifs médicaux, puisque, depuis le 1<sup>er</sup> août dernier, une charge traditionnellement assumée par l'assurance maladie est désormais supportée par les établissements.

Les patients ne seront pas les seules victimes d'une telle politique de réduction des financements publics : les salariés la subiront également.

La suppression de la procédure d'agrément et de son corollaire, l'opposabilité financière des conventions collectives ou des conventions d'entreprise aux autorités de tarification – je me demande d'ailleurs s'il ne s'agit pas d'une manière pour certains de se défaire de leurs responsabilités –, placera les établissements dans une situation intenable, en les obligeant à respecter les conventions, alors que les autorités de tarification, pour leur part, ne s'estimeront plus liées.

Qui devra assumer les frais d'une telle politique ? Les salariés ? Leurs revenus, déjà très insuffisants – à l'exception de l'infirmière, qui exerce des responsabilités plus importantes, la plupart des personnels gagnent environ 1 000 euros par moi –, seront bloqués ! Le travail effectué se caractérise pourtant par une très grande pénibilité. À cet égard, je tiens à saluer ces personnels, qui sont d'ailleurs bien souvent des femmes, pour leur dévouement et leur abnégation. *(Mme la secrétaire d'état acquiesce.)*

Comme le reconnaissent les directeurs d'établissement, ces salariés perçoivent une rémunération insuffisante, ce qui suscite de nombreuses difficultés en termes de reconnaissance du travail et, dans une moindre mesure, de fidélisation du personnel.

Et si ce ne sont pas les salariés qui subissent un tel désengagement, ce seront, une nouvelle fois, les patients !

**Mme la présidente.** Il faut maintenant conclure, mon cher collègue.

**M. Guy Fischer.** Je conclus, madame la présidente. D'ailleurs, c'est ma dernière intervention, je vous le promets. *(Sourires.)*

**M. André Lardeux.** C'est normal ! Vous n'avez plus d'amendement à présenter ensuite ! *(Exclamations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.)*

**M. Guy Fischer.** Mais, monsieur Lardeux, je pourrais très bien expliquer mon vote sur des amendements autres que les miens. Comme vous le savez, j'ai des idées sur de nombreux sujets. *(Nouveaux sourires.)*

**Mme la présidente.** La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 285 rectifié.

**Mme Raymonde Le Texier.** Tout à l'heure, lorsque nous nous sommes abstenus sur un amendement de M. Philippe Marini, Mme Roselyne Bachelot-Narquin a reproché à notre groupe de pratiquer une politique de gribouille.

Or, quand je lis l'article 44, je me dis que le Gouvernement a véritablement dû « racler les fonds de tiroir » pour élaborer le présent texte, qui est tout sauf un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le Gouvernement fait seulement marcher la calculatrice pour savoir comment dépenser le moins possible et réaliser un maximum d'économies.

Nous demandons donc également la suppression de cet article 44, et ce pour plusieurs raisons, outre celles qu'a développées à l'instant notre collègue Guy Fischer.

Premièrement, le dispositif prévu est inéquitable. En effet, les personnes âgées qui habitent en ville auront accès à tous les médicaments, y compris les plus coûteux, tandis que les résidents en EHPAD se verront proposer une liste restreinte de molécules.

Deuxièmement, une telle mesure risque d'induire une inégalité dans l'accès aux innovations thérapeutiques. Ainsi, pour prendre l'exemple de la maladie d'Alzheimer, qui est un objectif de santé publique, nous savons que les nouveaux médicaments concernant cette pathologie sont très coûteux. Les personnes âgées ne résidant pas dans les EHPAD pourront en bénéficier facilement, celles qui sont hébergées en EHPAD n'auront pas forcément accès à l'innovation thérapeutique, et ce à cause d'une enveloppe budgétaire vouée à la restriction : il faudra bien que les EHPAD bouclent leur budget.

Troisièmement, et cela a été souligné tout à l'heure par M. Fischer, l'article 44 peut conduire les EHPAD à sélectionner les personnes âgées en fonction de leur pathologie pour maîtriser leurs dépenses médicales.

Quatrièmement, ce dispositif n'apporte pas de réelles garanties en termes de risques iatrogéniques. S'il faut effectivement lutter contre ce type d'accident, le moyen proposé dans ce texte n'est pas le bon, car les médecins de ville et les médecins coordonnateurs pourront continuer à prescrire séparément.

Cinquièmement, dans la réalité, cette mesure sera inapplicable et source de difficultés confraternelles : le médecin coordonnateur n'a aucun pouvoir hiérarchique sur le médecin de ville, que les résidents des EHPAD ont tout loisir de consulter.

En d'autres termes, non seulement l'article 44 ne règle aucun problème, mais il en crée de nouveaux. Il y a un grand risque de voir des patients atteints de pathologies réelles, mais ne relevant pas pour autant de l'hôpital, être refusés en EHPAD, car leur prise en charge sera jugée trop coûteuse et n'entrera pas dans le forfait.

Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, si vous pensez que je me trompe et que les choses ne se passeront pas ainsi, c'est que vous ne vous êtes jamais rendus dans un EHPAD, ou alors seulement avec votre machine à calculer. Mais allez donc voir ce qu'en pensent les gestionnaires des établissements ou les familles des résidents et des patients ! (*Exclamations sur les travées de l'UMP*)

Je finis par me demander si vous avez la moindre idée du coût pour les familles d'un séjour en EHPAD, chers collègues !

**Mme la présidente.** L'amendement n° 30 rectifié, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le II de cet article :

II.– Après l'article L. 314-7 du même code, il est inséré un article L. 314-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-7-1.* Les dispositions des deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ainsi que du 3° du I, du premier alinéa du II et du III de l'article L. 314-7 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. Les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés, pour ces établissements, par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des

ministres chargés de la santé et des affaires sociales. Ces documents sont transmis à l'autorité de tarification dès réception de la notification des tarifs de l'exercice. »

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Cet amendement prévoit que les EHPAD devront produire un état des prévisions de recettes et de dépenses.

Dans sa rédaction initiale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale supprimait la procédure contradictoire sans préciser le type de document sur lequel l'EHPAD inscrirait son budget. Il est donc proposé d'adopter la solution mise en œuvre dans les hôpitaux lors de l'institution de la tarification à l'activité.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 31, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le IV de cet article :

IV.– L'article L. 232-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est supprimé ;

2° Le début du deuxième alinéa du I est ainsi rédigé : « Lorsque le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est hébergé dans un établissement mentionné à l'article L. 313-12, sa participation est calculée ... (*le reste sans changement*) » ;

3° Le premier alinéa du II est supprimé ;

4° Au début du deuxième alinéa du II, les mots : « Cette dotation budgétaire globale » sont remplacés par les mots : « Le forfait global mentionné au 2° de l'article L. 314-2 » ;

5° Dans la seconde phrase du troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale afférente » sont remplacés par les mots : « du forfait global afférent » ;

6° La dernière phrase du dernier alinéa du II est supprimée.

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 32, présenté par Mme Desmarescaux, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après le IV de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

IV *bis*.– L'article L. 232-15 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « ou aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « et établissements » sont supprimés.

La parole est à Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de coordination.

**Mme la présidente.** Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 169 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Pasquet, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 369 est présenté par M. Milon.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans le VI de cet article, après les mots :

à l'exception

insérer les mots :

, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012,

La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 169.

**M. François Autain.** Cet amendement vise à prévoir un moratoire, afin de permettre aux établissements n'ayant pas développé une culture de négociation locale de faire face à la nouvelle donne qu'implique l'article 44.

Nous avons déposé cet amendement à la demande d'un certain nombre d'associations, et nous espérons qu'il obtiendra un avis favorable du Gouvernement.

**Mme la présidente.** L'amendement n° 369 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 314 rectifié *bis*, présenté par Mmes Hermange et Bout, M. Dériot et Mme Rozier, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret définit les conditions d'expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces modalités spécifiques peuvent être différentes selon les établissements et services participant à l'expérimentation, dont la liste est arrêtée conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles. Cette expérimentation permet également de prendre en compte les difficultés particulières d'accès à l'accueil temporaire des personnes visées par l'article L. 113-1 du même code. Cette expérimentation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009. Un rapport sur cette expérimentation est remis au Parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 30 octobre 2010. »

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

**Mme Marie-Thérèse Hermange.** M. Guy Fischer évoquait tout à l'heure les difficultés à trouver des places en établissements pour les personnes âgées dépendantes. Le même problème se pose pour l'accueil temporaire.

C'est pourquoi l'amendement que nous proposons avec Brigitte Bout, Gérard Dériot et Janine Rozier vise à développer cette forme d'hébergement.

Récemment, une étude sur l'hébergement temporaire dont la presse professionnelle s'est largement fait l'écho expliquait clairement les raisons pour lesquelles ce type d'accueil, pourtant très utile pour les intéressés et leurs aidants, n'arrivait pas à « décoller ». Tous ceux d'entre nous qui ont essayé de recourir à cette formule peuvent en témoigner.

En outre, les crédits d'assurance maladie affectés à l'accueil temporaire – ils sont, me semble-t-il, de l'ordre de 15 millions d'euros – ne sont pas utilisés, ou très peu.

L'amendement ne crée pas de charges nouvelles, mais vise à donner un support juridique à l'identification expérimentale des meilleures modalités de gestion de ce type d'accueil, de grande importance pour les personnes âgées et leurs proches.

Cela suppose que la loi permette de mettre en œuvre, de façon temporaire, plusieurs modalités différentes d'allocation de ressources et de tarification selon les sites participants, les obstacles à lever étant de plusieurs ordres, et de procéder à une évaluation comparative des expérimentations, avant que les politiques ne se déterminent précisément et durablement sur ces dispositifs.

C'est un modèle qui a été expérimenté récemment dans le domaine du handicap et que je propose d'étendre au secteur des personnes âgées dépendantes.

**M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales.** Très bien !

**Mme la présidente.** Quel est l'avis de la commission ?

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Sur les amendements identiques n°s 168 et 285 rectifié, je ne peux émettre qu'un avis défavorable.

Je rappelle que la convergence a un but.

**M. François Autain.** La convergence, c'est mauvais !

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Il s'agit de mettre un terme à des écarts de dotations allant aujourd'hui de un à trois, sans justification autre qu'historique et sans rapport avec la réalité objective des coûts de production.

J'ajoute que le processus de convergence ne fera aucun perdant.

**M. Guy Fischer.** Tiens !

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** Monsieur Fischer, 80 % des EHPAD qui se situent sous la moyenne y gagneront une augmentation de 30 % à 40 % de leur dotation de soins.

S'agissant des 20 % d'EHPAD présentant les coûts les plus élevés, la dotation ne sera pas diminuée. Un effort leur sera demandé afin d'accroître leur niveau de prise en charge de la dépendance, par exemple, en accueillant au sein de leur établissement des personnes plus lourdement handicapées et dépendantes. (*Mme Raymonde Le Texier s'exclame.*)

Ces mesures de bonne gestion ont été préconisées par la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, dont certains d'entre vous, mes chers collègues, sont d'ailleurs membres.

**M. Guy Fischer.** On ira voir sur place !

**Mme Sylvie Desmarescaux, rapporteur.** J'irai avec vous, mon cher collègue ! (*Sourires.*)

Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur les amendements identiques n°s 168 et 285 rectifié.

Elle est également défavorable à l'amendement n° 169, le dispositif constituant le corollaire de la tarification à la ressource.

L'amendement n° 314 rectifié *bis* prévoit que des expérimentations soient menées afin de favoriser l'essor des modes d'hébergement temporaire.

Il est vrai que les formules mixtes alternatives du type de l'accueil de jour peinent à se développer, même si l'effort financier consenti dans le cadre du plan Solidarité-Grand Âge se révèle tout à fait substantiel.

Le dispositif ici présenté me paraissant assez flou, je m'en remets à la sagesse du Sénat, tout en souhaitant que le Gouvernement puisse s'engager formellement à mener toutes les expérimentations proposées par les auteurs de l'amendement, qui ont entièrement raison sur le fond.

**M. Nicolas About**, *président de la commission des affaires sociales*. Très bien !

**Mme Sylvie Desmarescaux**, *rapporteur*. Sur la forme, permettez-moi, madame la présidente, de suggérer à Mme Hermange de rectifier son amendement de façon à ce qu'il tende à insérer un article additionnel après l'article 44.

**Mme la présidente**. Quel est l'avis du Gouvernement ?

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État*. S'agissant des amendements identiques de suppression n<sup>os</sup> 168 et 285 rectifié, l'article 44 complète la disposition sur la convergence tarifaire par le plafonnement des tarifs,...

**Mme Raymonde Le Texier**. C'est ce qu'on lui reproche !

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État*. ... disposition insérée par amendement dans l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Je veux répondre à l'argument d'une prétendue réduction des dotations de soins des EHPAD.

Afin d'éviter toute confusion, il faut souligner que le maintien des moyens, et en aucun cas leur réduction, ne peut être évoqué que pour les seuls EHPAD n'ayant pas respecté l'obligation de conventionnement tripartite à la date du 31 décembre 2007, alors même que cette date a déjà fait l'objet de nombreux reports depuis 2003. Nous en avons d'ailleurs longuement discuté lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Ce maintien, nous l'assumons. Il a incité les établissements non conventionnés à la fin de l'année 2007 à conventionner de telle sorte que l'objectif que s'était fixé le Gouvernement en refusant de reporter la date butoir du conventionnement est en passe d'être atteint : en septembre, 98 % des 8 000 EHPAD étaient conventionnés, contre moins de 80 % un an auparavant ! (*Mme Raymonde Le Texier s'exclame.*)

Pour les autres EHPAD, ceux qui ont respecté l'obligation de conventionnement tripartite, un même arrêté a calibré les plafonds de façon à permettre une augmentation substantielle des moyens alloués, environ 30 % en moyenne, comme Mme la rapporteur l'a rappelé.

Je sais que les choses peuvent paraître complexes, sinon défavorables à première vue, mais il faut tout de même rappeler que les conventions tripartites ont été accompagnées de moyens supplémentaires importants. La preuve en est que le Gouvernement engage 300 millions d'euros en 2009, comme en 2008, soit une enveloppe totale de 600 millions d'euros, pour améliorer le ratio d'encadrement des EHPAD, permettant ainsi la création de 10 000 emplois de soignant supplémentaires.

Vous l'avez compris, et contrairement aux craintes qui s'expriment ici ou là, c'est bien à une convergence vers le haut que conduit l'application de ce texte. On ne peut pas

parler de convergence tarifaire vers le bas, lorsque le dispositif vise précisément à accompagner les 80 % d'EHPAD qui se situent dans la partie inférieure de l'échelle.

À l'heure actuelle, je le rappelle, entre les établissements, le ratio est de un à trois pour un même service rendu.

Lorsque le Gouvernement fait converger tous ces établissements en leur affectant des moyens supplémentaires, on ne peut objectivement pas dire que son action ne s'inscrit pas dans une logique qualitative, dans une logique d'amélioration de la prise en charge.

J'indique enfin à M. Fischer, qui déplorait les coûts supplémentaires liés aux dispositifs médicaux, que ces derniers se sont accompagnés d'un transfert correspondant de crédits de l'assurance maladie à hauteur de 320 millions d'euros.

**M. François Autain**. Et le moratoire ?

**Mme Valérie Létard**, *secrétaire d'État*. Telles sont les raisons pour lesquelles la suppression de l'article 44 n'est pas bienvenue.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur les amendements identiques n<sup>os</sup> 168 et 285 rectifié et, pour les mêmes motifs, sur l'amendement n<sup>o</sup> 169.

Sur les amendements n<sup>os</sup> 30 rectifié, 31 et 32, le Gouvernement émet un avis favorable.

Enfin, s'agissant de l'amendement n<sup>o</sup> 314 rectifié *bis*, la disposition proposée étant intéressante, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

**Mme la présidente**. Je mets aux voix les amendements identiques n<sup>os</sup> 168 et 285 rectifié.

*(Les amendements ne sont pas adoptés.)*

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 30 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 31.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 32.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'amendement n<sup>o</sup> 169.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**Mme la présidente**. Madame Hermange, acceptez-vous de rectifier l'amendement n<sup>o</sup> 314 rectifié *bis* dans le sens souhaité par la commission ?

**Mme Marie-Thérèse Hermange**. Je tiens tout d'abord à remercier Mme la secrétaire d'État de l'avis qu'elle a émis sur cet amendement, qui devrait permettre de faire avancer la cause de l'hébergement temporaire.

Pour répondre maintenant à votre question, madame la présidente, j'accepte bien volontiers la rectification suggérée : il s'agira donc d'un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 44.

**Mme la présidente**. Je mets aux voix l'article 44, modifié.

*(L'article 44 est adopté.)*

**Mme la présidente.** Je suis maintenant saisie de l'amendement n° 314 rectifié *ter*, présenté par Mmes Hermange et Bout, M. Dériot et Mme Rozier, et ainsi libellé :

Après l'article 44, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret définit les conditions d'expérimentation comparative de plusieurs modalités de fonctionnement et de tarification pour l'accueil temporaire des personnes accueillies dans des établissements et services visés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces modalités spécifiques peuvent être différentes selon les établissements et services participant à l'expérimentation, dont la liste est arrêtée conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles. Cette expérimentation permet également de prendre en compte les difficultés particulières d'accès à l'accueil temporaire des personnes visées par l'article L. 113-1 du même code. Cette expérimentation prend effet à compter du 1<sup>er</sup> juin 2009. Un rapport sur cette expérimentation est remis au Parlement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie avant le 30 octobre 2010. »

Je le mets aux voix.

*(L'amendement est adopté.)*

**Mme la présidente.** En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi de financement, après l'article 44.

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

8

#### DÉPÔT D'UNE PROPOSITION DE LOI

**Mme la présidente.** M. le président du Sénat a reçu de M. Jean-Luc Mélenchon une proposition de loi visant à abroger le délit d'offense au Président de la République.

La proposition de loi sera imprimée sous le n° 97, distribuée et renvoyée à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

9

#### TEXTE SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

**Mme la présidente.** M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Action commune du Conseil prorogeant le mandat du représentant spécial de l'Union européenne auprès de l'Union africaine.

Ce texte sera imprimé sous le n° E-4099 et distribué.

10

#### RENOI POUR AVIS

**Mme la présidente.** J'informe le Sénat que le projet de loi pénitentiaire (n° 495, 2007-2008), dont la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale est saisie au fond est renvoyé pour avis, à sa demande, à la commission des affaires sociales.

11

#### ORDRE DU JOUR

**Mme la présidente.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, jeudi 20 novembre 2008, à dix heures trente, quinze heures et le soir :

1. Suite de la discussion du projet de loi (n° 80, 2008-2009), adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Rapport (n° 83, 2008-2009) de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot et Mme Sylvie Desmarescaux, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Avis (n° 84, 2008-2009) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation.

2. Sous réserve de sa transmission, discussion du projet de loi de finances pour 2009.

Rapport de M. Philippe Marini, rapporteur général de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.

– Discussion générale.

Délai limite pour le dépôt des amendements aux articles de la première partie : jeudi 20 novembre 2008, à onze heures.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

*(La séance est levée le jeudi 20 novembre 2008, à une heure vingt-cinq.)*

*La Directrice  
du service du compte rendu intégral,*

MONIQUE MUYARD

**NOMINATION DE RAPPORTEURS****COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES, DE LA DÉFENSE  
ET DES FORCES ARMÉES**

Mme Catherine Tasca a été nommée rapporteur du projet de loi n° 68 (2008-2009) autorisant l'approbation de l'accord relatif à la gestion concertée des flux migratoires entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Sénégal et de son avenant.

Mme Catherine Tasca a été nommée rapporteur du projet de loi n° 69 (2008-2009) autorisant l'approbation de l'accord-cadre relatif à la gestion concertée des migrations et au développement solidaire, du protocole relatif à la gestion concertée des migrations et du protocole en matière de développement solidaire entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République tunisienne.

Mme Gisèle Gautier a été nommée rapporteur du projet de loi n° 81 (2008-2009) autorisant l'approbation de l'accord entre

le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République orientale de l'Uruguay sur l'emploi salarié des personnes à charge des membres des missions officielles.

M. Xavier Pintat a été nommé rapporteur du projet de loi n° 89 (2008-2009) autorisant l'approbation de la déclaration de certains gouvernements européens relative à la phase d'exploitation des lanceurs Ariane, Vega et Soyouz au Centre spatial guyanais.

M. Xavier Pintat a été nommé rapporteur du projet de loi n° 90 (2008-2009) autorisant l'approbation du protocole portant amendement de l'accord entre le Gouvernement de la République française et l'Agence spatiale européenne relatif au Centre spatial guyanais (CSG).

**COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES**

M. Nicolas About a été nommé rapporteur pour avis du projet de loi pénitentiaire n° 495 (2007-2008) dont la commission des lois est saisie au fond.

# ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

## de la séance

### du mercredi 19 novembre 2008

#### SCRUTIN n° 41

sur l'article 34 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009 (référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes réalisés en série)

Nombre de votants.....	339
Suffrages exprimés.....	336
Pour .....	189
Contre.....	147

Le Sénat a adopté.

#### ANALYSE DU SCRUTIN

##### GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (23) :

*Contre* : 23.

##### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

*Pour* : 4.

M. Gilbert Barbier, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Daniel Marsin, Aymeri de Montesquiou

*Contre* : 9.

*Abstention* : 2. – MM. Michel Charasse, Jean-Pierre Chevènement.

*N'ont pas pris part au vote* : 2. – MM. Jean Milhau, Jean-Pierre Plancade.

##### GRUPE SOCIALISTE (116) :

*Contre* : 115.

*N'a pas pris part au vote* : 1. – M. Bernard Frimat, qui présidait la séance.

##### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

*Pour* : 29.

##### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

*Pour* : 150.

*N'a pas pris part au vote* : 1. – M. Gérard Larcher, président du Sénat.

##### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

*Pour* : 6.

*Abstention* : 1. – M. Gaston Flosse.

#### Ont voté pour

Nicolas About	Denis Detcheverry	Hermange
Philippe Adnot	Yves Détraigne	Michel Houel
Jean-Paul Alduy	Muguette Dini	Alain Houpert
Jean-Paul Amoudry	Éric Doligé	Jean-François Humbert
Pierre André	Philippe Dominati	Christiane Hummel
Jean Arthuis	Michel Doublet	Benoît Huré
Denis Badré	Daniel Dubois	Jean-Jacques Hyst
Gérard Bailly	Alain Dufaut	Soibahadine Ibrahim
Gilbert Barbier	André Dulait	Ramadani
René Beaumont	Catherine Dumas	Pierre Jarlier
Michel Bécot	Ambroise Dupont	Jean-Jacques Jégou
Claude Belot	Bernadette Dupont	Sophie Joissains
Pierre Bernard-Reymond	Jean-Léonce Dupont	Jean-Marc Juilhard
Laurent Bêteille	Louis Duvernois	Christiane
Joël Billard	Jean-Paul Émorine	Kammermann
Claude Biwer	Anne-Marie Escoffier	Fabienne Keller
Jean Bizet	Jean-Claude Étienne	Joseph Kergueris
Jacques Blanc	Pierre Fauchon	Alain Lambert
Paul Blanc	Jean Faure	Marc Laménie
Pierre Bordier	Françoise Férat	Élisabeth Lamure
Didier Borotra	André Ferrand	André Lardeux
Joël Bourdin	Louis-Constant Fleming	Robert Lafoaullu
Brigitte Bout	Alain Fouché	Daniel Laurent
Jean Boyer	Jean-Pierre Fourcade	Jean-René Leclerc
Dominique Braye	Bernard Fournier	Dominique Leclerc
Marie-Thérèse Bruguière	Jean-Paul Fournier	Antoine Lefèvre
Elie Brun	Jean François-Poncet	Jacques Legendre
François-Noël Buffet	Christophe-André Frassa	Dominique de Legge
Christian Cambon	Yann Gaillard	Jean-François Le Grand
Jean-Pierre Cantegrit	René Garrec	Jean-Pierre Leux
Jean-Claude Carle	Joëlle Garriaud-Maylam	Philippe Leroy
Auguste Cazalet	Christian Gaudin	Gérard Longuet
Gérard César	Jean-Claude Gaudin	Simon Loueckhote
Alain Chatillon	Gisèle Gautier	Roland du Luart
Jean-Pierre Chauveau	Jacques Gautier	Michel Magras
Marcel-Pierre Cléach	Patrice Gélard	Lucienne Malovry
Christian Cointat	Bruno Gilles	Philippe Marini
Gérard Cornu	Adrien Giraud	Daniel Marsin
Raymond Couderc	Colette Giudicelli	Pierre Martin
Jean-Patrick Courtois	Nathalie Goulet	Jean Louis Masson
Philippe Dallier	Jacqueline Gourault	Hervé Maurey
Philippe Darniche	Alain Gournac	Jean-François Mayet
Serge Dassault	Adrien Gouteyron	Colette Mélot
Isabelle Debré	Sylvie Goy-Chavent	Jean-Claude Merceron
Robert del Picchia	Francis Grignon	Michel Mercier
Christian Demuynck	Charles Guené	Lucette Michaux-Chevry
Marcel Deneux	Michel Guerry	Alain Milon
Gérard Dériot	Hubert Haenel	Aymeri de Montesquiou
Marie-Hélène Des Esgaulx	Françoise Henneron	Albéric de Montgolfier
Béatrice Descamps	Pierre Hérisson	
Sylvie Desmarescaux	Marie-Thérèse	

Catherine  
Morin-Desailly  
Philippe Nachbar  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Monique Papon  
Charles Pasqua  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Jackie Pierre  
François Pillat  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau

Christian Poncelet  
Ladislas Poniatowski  
Hugues Portelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Bernard Saugéy  
Bruno Sido

Esther Sittler  
Daniel Soulage  
Michel Thiollière  
André Trillard  
Catherine Troendle  
François Trucy  
Alex Türk  
Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
Alain Vasselle  
René Vestri  
Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
François Zocchetto

### Ont voté contre

Nicolas Alfonsi  
Jacqueline Alquier  
Michèle André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels  
Jean-Étienne  
Antoinette  
Alain Anziani  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Bertrand Auban  
François Autain  
Robert Badinter  
Jean-Michel Baylet  
Marie-France Beauflis  
Jean-Pierre Bel  
Claude Bérut-Débat  
Jacques Berthou  
Jean Besson  
Michel Billout  
Marie-Christine  
Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Nicole  
Borvo Cohen-Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima  
Boumediene-Thiery  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Champion  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique  
Cerisier-ben Guiga  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevé  
Yvon Collin  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Jean-Claude Danglot  
Yves Daudigny  
Yves Dauge  
Marc Daunis  
Annie David

Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontès  
Jean Desessard  
Évelyne Didier  
Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
Guy Fischer  
François Fortassin  
Thierry Foucaud  
Jean-Claude Frécon  
Charles Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte  
Gonthier-Maurin  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Robert Hue  
Annie  
Jarraud-Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Françoise Laborde  
Serge Lagauche  
Serge Larcher  
Françoise Laurent  
Perrigot  
Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune  
Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Jean-Pierre Masseret  
Marc Massion  
Josiane

Mathon-Poinat  
Pierre Mauroy  
Rachel Mazuir  
Jean-Luc Mélenchon  
Louis Mermaz  
Jacques Mézard  
Jean-Pierre Michel  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Daniel Percheron  
Jean-Claude  
Peyronnet  
Bernard Piras  
Roland Pavinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Jack Ralite  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle  
San Vicente-Baudrin  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade  
Jean-Marc Todeschini  
Robert Tropeano  
Richard Tuheiva  
Raymond Vall  
André Vantomme  
François Vendasi  
Bernard Vera  
Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung

### Abstentions

Michel Charasse  
Jean-Pierre Chevènement  
Gaston Flosse

### N'ont pas pris part au vote

Jean Milhau  
Jean-Pierre Plancade

### N'ont pas pris part au vote

M. Gérard Larcher, président du Sénat, et M. Bernard Frimat, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

### SCRUTIN n° 42

sur l'amendement n° 373, présenté par M. Philippe Marini, à l'article 39 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009 (dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé)

Nombre de votants.....	340
Suffrages exprimés.....	181
Pour.....	6
Contre.....	175

Le Sénat n'a pas adopté.

### ANALYSE DU SCRUTIN

#### GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (23) :

*Abstention* : 23.

#### GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

*Abstention* : 17.

#### GRUPE SOCIALISTE (116) :

*Abstention* : 116.

#### GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

*Pour* : 2. – MM. Denis Badré, Jean-Jacques Jégou.

*Contre* : 27.

#### GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :

*Pour* : 4. – Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, MM. Jean-Marc Juilhard, Philippe Marini, Alain Vasselle.

*Contre* : 142.

*Abstention* : 2. – Mme Isabelle Debré, M. Jacques Gautier.

*N'ont pas pris part au vote* : 3. – M. Gérard Larcher, président du Sénat et Mme Monique Papon, qui présidait la séance, M. André Lardeux.

#### RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

*Contre* : 6.

*Abstention* : 1. – M. Gaston Flosse.

**Ont voté pour**

Denis Badré  
Marie-Hélène  
Des Esgaulx

Jean-Jacques Jégou  
Jean-Marc Juilhard  
Philippe Marini

Alain Vasselle

**Ont voté contre**

Nicolas About  
Philippe Adnot  
Jean-Paul Alduy  
Jean-Paul Amoudry  
Pierre André  
Jean Arthuis  
Gérard Bailly  
René Beaumont  
Michel Bécot  
Claude Belot  
Pierre  
Bernard-Reymond  
Laurent Bêteille  
Joël Billard  
Claude Biwer  
Jean Bizet  
Jacques Blanc  
Paul Blanc  
Pierre Bordier  
Didier Borotra  
Joël Bourdin  
Brigitte Bout  
Jean Boyer  
Dominique Braye  
Marie-Thérèse  
Bruguière  
Elie Brun  
François-Noël Buffet  
Christian Cambon  
Jean-Pierre Cantegrit  
Jean-Claude Carle  
Auguste Cazalet  
Gérard César  
Alain Chatillon  
Jean-Pierre Chauveau  
Marcel-Pierre Cléach  
Christian Cointat  
Gérard Cornu  
Raymond Couderc  
Jean-Patrick Courtois  
Philippe Dallier  
Philippe Darniche  
Serge Dassault  
Robert del Picchia  
Christian Demuynck  
Marcel Deneux  
Gérard Dériot  
Béatrice Descamps  
Sylvie Desmarescaux  
Denis Detcheverry  
Yves Détraigne  
Muguette Dini  
Éric Doligé  
Philippe Dominati  
Michel Doublet  
Daniel Dubois  
Alain Dufaut  
André Dulait  
Catherine Dumas  
Ambroise Dupont

Bernadette Dupont  
Jean-Léonce Dupont  
Louis Duvernois  
Jean-Paul Émorine  
Jean-Claude Étienne  
Pierre Fauchon  
Jean Faure  
François Férat  
André Ferrand  
Louis-Constant  
Fleming  
Alain Fouché  
Jean-Pierre Fourcade  
Bernard Fournier  
Jean-Paul Fournier  
Jean François-Poncet  
Christophe-André  
Frassa  
Yann Gaillard  
René Garrec  
Joëlle  
Garriaud-Maylam  
Christian Gaudin  
Jean-Claude Gaudin  
Gisèle Gautier  
Patrice Gélard  
Bruno Gilles  
Adrien Giraud  
Colette Giudicelli  
Nathalie Goulet  
Jacqueline Gourault  
Alain Gournac  
Adrien Gouteyron  
Sylvie Goy-Chavent  
Francis Grignon  
Charles Guené  
Michel Guerry  
Hubert Haenel  
Françoise Henneron  
Pierre Hérisson  
Marie-Thérèse  
Hermange  
Michel Houel  
Alain Houpert  
Jean-François  
Humbert  
Christiane Hummel  
Benoît Huré  
Jean-Jacques Hyst  
Soibahadine Ibrahim  
Ramadani  
Pierre Jarlier  
Sophie Joissains  
Christiane  
Kammermann  
Fabienne Keller  
Joseph Kergueris  
Alain Lambert  
Marc Laménie  
Élisabeth Lamure

Robert Laufoaulu  
Daniel Laurent  
Jean-René Lecerf  
Dominique Leclerc  
Antoine Lefèvre  
Jacques Legendre  
Dominique de Legge  
Jean-François  
Le Grand  
Jean-Pierre Leleux  
Philippe Leroy  
Gérard Longuet  
Simon Loueckhote  
Roland du Luart  
Michel Magras  
Lucienne Malovsky  
Pierre Martin  
Jean Louis Masson  
Hervé Maurey  
Jean-François Mayet  
Colette Mélot  
Jean-Claude Merceron  
Michel Mercier  
Lucette  
Michaux-Chevy  
Alain Milon  
Albéric de Montgolfier  
Catherine  
Morin-Desailly  
Philippe Nachbar  
Louis Nègre  
Jacqueline Panis  
Charles Pasqua  
Philippe Paul  
Anne-Marie Payet  
Jackie Pierre  
François Pillet  
Xavier Pintat  
Louis Pinton  
Rémy Pointereau  
Christian Poncelet  
Ladislav Poniatowski  
Hugues Portelli  
Yves Pozzo di Borgo  
Catherine Procaccia  
Jean-Pierre Raffarin  
Henri de Raincourt  
Bruno Retailleau  
Charles Revet  
Philippe Richert  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Janine Rozier  
Bernard Saugéy  
Bruno Sido  
Esther Sittler  
Daniel Soulage  
Michel Thiollière  
André Trillard

Catherine Troendle  
François Trucy  
Alex Türk

Jean-Marie  
Vanlerenberghe  
René Vestri

Jean-Pierre Vial  
Jean-Paul Virapoullé  
François Zocchetto

**Abstentions**

Nicolas Alfonsi  
Jacqueline Alquier  
Michèle André  
Serge Andreoni  
Bernard Angels  
Jean-Étienne  
Antoinette  
Alain Anziani  
Éliane Assassi  
David Assouline  
Bertrand Auban  
François Autain  
Robert Badinter  
Gilbert Barbier  
Jean-Michel Baylet  
Marie-France Beaufils  
Jean-Pierre Bel  
Claude Bérit-Débat  
Jacques Berthou  
Jean Besson  
Michel Billout  
Marie-Christine  
Blandin  
Maryvonne Blondin  
Yannick Bodin  
Nicole Bonnefoy  
Nicole  
Borvo Cohen-Seat  
Yannick Botrel  
Didier Boulaud  
Alima  
Boumediene-Thierry  
Martial Bourquin  
Bernadette Bourzai  
Michel Boutant  
Nicole Bricq  
Jean-Pierre Caffet  
Claire-Lise Champion  
Jean-Louis Carrère  
Françoise Cartron  
Bernard Cazeau  
Monique  
Cérisier-ben Guiga  
Michel Charasse  
Yves Chastan  
Jacqueline Chevé  
Jean-Pierre  
Chevènement  
Yvon Collin  
Gérard Collomb  
Pierre-Yves Collombat  
Roland Courteau  
Jean-Claude Danglot  
Yves Daudigny  
Yves Daunis  
Marc Daunis  
Annie David

Isabelle Debré  
Jean-Pierre Demerliat  
Michelle Demessine  
Christiane Demontès  
Jean Desessard  
Évelyne Didier  
Claude Domeizel  
Josette Durrieu  
Anne-Marie Escoffier  
Alain Fauconnier  
Jean-Luc Fichet  
Guy Fischer  
Gaston Flosse  
François Fortassin  
Thierry Foucaud  
Jean-Claude Frécon  
Bernard Grimat  
Charles Gautier  
Jacques Gautier  
Samia Ghali  
Jacques Gillot  
Jean-Pierre Godefroy  
Brigitte  
Gonthier-Maurin  
Jean-Noël Guérini  
Didier Guillaume  
Claude Haut  
Edmond Hervé  
Odette Herviaux  
Gélita Hoarau  
Robert Hue  
Annie  
Jarraud-Vergnolle  
Claude Jeannerot  
Bariza Khiari  
Virginie Klès  
Yves Krattinger  
Philippe Labeyrie  
Françoise Laborde  
Serge Lagauche  
Serge Larcher  
Françoise Laurent  
Perrigot  
Gérard Le Cam  
Jacky Le Menn  
Raymonde Le Texier  
Alain Le Vern  
André Lejeune  
Claudine Lepage  
Claude Lise  
Jean-Jacques Lozach  
Roger Madec  
Philippe Madrelle  
Jacques Mahéas  
François Marc  
Daniel Marsin  
Jean-Pierre Masseret

Marc Massion  
Josiane  
Mathon-Poinat  
Pierre Mauroy  
Rachel Mazuir  
Jean-Luc Mélenchon  
Louis Mermaz  
Jacques Mézard  
Jean-Pierre Michel  
Jean Milhau  
Gérard Miquel  
Jean-Jacques Mirassou  
Aymeri  
de Montesquiou  
Jacques Muller  
Robert Navarro  
Isabelle Pasquet  
Jean-Marc Pastor  
Georges Patient  
François Patriat  
Daniel Percheron  
Jean-Claude  
Peyronnet  
Bernard Piras  
Jean-Pierre Plancade  
Roland Povinelli  
Gisèle Printz  
Marcel Rainaud  
Jack Ralite  
Daniel Raoul  
Paul Raoult  
François Rebsamen  
Daniel Reiner  
Ivan Renar  
Thierry Repentin  
Roland Ries  
Michèle  
San Vicente-Baudrin  
Patricia Schillinger  
Mireille Schurch  
Michel Sergent  
René-Pierre Signé  
Jean-Pierre Sueur  
Simon Sutour  
Catherine Tasca  
Odette Terrade  
Michel Teston  
René Teulade  
Jean-Marc Todeschini  
Robert Tropeano  
Richard Tuhejava  
Raymond Vall  
André Vantomme  
François Vendasi  
Bernard Vera  
Jean-François Voguet  
Dominique Voynet  
Richard Yung

**N'a pas pris part au vote**

André Lardeux

**N'ont pas pris part au vote**

M. Gérard Larcher, président du Sénat, et Mme Monique Papon, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants : .....	339
Nombre des suffrages exprimés : .....	181
Majorité absolue des suffrages exprimés : .....	92
Pour l'adoption : .....	6
Contre : .....	175

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

**SCRUTIN n° 43**

*sur l'article 40 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2009 (clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire)*

Nombre de votants.....	341
Suffrages exprimés.....	338
Pour.....	187
Contre.....	151

Le Sénat a adopté.

**ANALYSE DU SCRUTIN****GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (23) :**

*Contre* : 23.

**GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :**

*Pour* : 3. – M. Gilbert Barbier, Mme Anne-Marie Escoffier, M. Aymeri de Montesquiou.

*Contre* : 12.

*Abstention* : 2. – MM. Michel Charasse, Jean-Pierre Chevènement.

**GRUPE SOCIALISTE (116) :**

*Contre* : 116.

**GRUPE UNION CENTRISTE (29) :**

*Pour* : 29.

**GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (151) :**

*Pour* : 149.

N'ont pas pris part au vote : 2. – M. Gérard Larcher, président du Sénat, et Mme Monique Papon, qui présidait la séance.

**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :**

*Pour* : 6.

*Abstention* : 1. – M. Gaston Flosse.

**Ont voté pour**

Nicolas About	Louis Duvernois	Antoine Lefèvre
Philippe Adnot	Jean-Paul Émorine	Jacques Legendre
Jean-Paul Alduy	Anne-Marie Escoffier	Dominique de Legge
Jean-Paul Amoudry	Jean-Claude Étienne	Jean-François Le Grand
Pierre André	Pierre Fauchon	Jean-Pierre Leleux
Jean Arthuis	Jean Faure	Philippe Leroy
Denis Badré	Françoise Férat	Gérard Longuet
Gérard Bailly	André Ferrand	Simon Loueckhote
Gilbert Barbier	Louis-Constant Fleming	Roland du Luart
René Beaumont	Alain Fouché	Michel Magras
Michel Bécot	Jean-Pierre Fourcade	Lucienne Malovry
Claude Belot	Bernard Fournier	Philippe Marini
Pierre Bernard-Reymond	Jean-Paul Fournier	Pierre Martin
Laurent Bétéille	Jean François-Poncet	Jean Louis Masson
Joël Billard	Christophe-André Frassa	Hervé Maurey
Claude Biwer	Yann Gaillard	Jean-François Mayet
Jean Bizet	René Garrec	Colette Mélot
Jacques Blanc	Joëlle Garriaud-Maylam	Jean-Claude Merceron
Paul Blanc	Christian Gaudin	Michel Mercier
Pierre Bordier	Jean-Claude Gaudin	Lucette Michaux-Chevry
Didier Borotra	Gisèle Gautier	Alain Milon
Joël Bourdin	Jacques Gautier	Aymeri de Montesquiou
Brigitte Bout	Patrice Gélard	Albéric de Montgolfier
Jean Boyer	Bruno Gilles	Catherine Morin-Desailly
Dominique Bray	Adrien Giraud	Philippe Nachbar
Marie-Thérèse Bruguière	Colette Giudicelli	Louis Nègre
Elie Brun	Nathalie Goulet	Jacqueline Panis
François-Noël Buffet	Jacqueline Gourault	Charles Pasqua
Christian Cambon	Alain Gournac	Philippe Paul
Jean-Pierre Cantegrit	Adrien Gouteyron	Anne-Marie Payet
Jean-Claude Carle	Sylvie Goy-Chavent	Jackie Pierre
Auguste Cazalet	Francis Grignon	François Pillet
Gérard César	Charles Guené	Xavier Pintat
Alain Chatillon	Michel Guerry	Louis Pinton
Jean-Pierre Chauveau	Hubert Haenel	Rémy Pointereau
Marcel-Pierre Cléach	Françoise Henneron	Christian Poncelet
Christian Cointat	Pierre Hérisson	Ladislav Poniatowski
Gérard Cornu	Marie-Thérèse Hermange	Hugues Portelli
Raymond Couderc	Michel Houel	Yves Pozzo di Borgo
Jean-Patrick Courtois	Alain Houpert	Catherine Procaccia
Philippe Dallier	Jean-François Humbert	Jean-Pierre Raffarin
Philippe Darniche	Christiane Hummel	Henri de Raincourt
Serge Dassault	Benoît Huré	Bruno Retailleau
Isabelle Debré	Jean-Jacques Hyst	Charles Revet
Robert del Picchia	Soibahadine Ibrahim Ramadani	Philippe Richert
Christian Demuynck	Pierre Jarlier	Josselin de Rohan
Marcel Deneux	Jean-Jacques Jégou	Roger Romani
Gérard Dériot	Sophie Joissains	Janine Rozier
Marie-Hélène Des Esgaulx	Jean-Marc Juillard	Bernard Saugoy
Béatrice Descamps	Christiane Kammernann	Bruno Sido
Sylvie Desmarescaux	Fabienne Keller	Esther Sittler
Denis Detcheverry	Joseph Kergueris	Daniel Soulage
Yves Détraigne	Alain Lambert	Michel Thiollière
Muguette Dini	Marc Laménie	André Trillard
Éric Doligé	Élisabeth Lamure	Catherine Troendle
Philippe Dominati	André Lardeux	François Trucy
Michel Doublet	Robert Laufoaulu	Alex Türk
Daniel Dubois	Daniel Laurent	Jean-Marie Vanlerenberghe
Alain Dufaut	Jean-René Lecerf	Alain Vasselle
André Dulait	Dominique Leclerc	René Vestri
Catherine Dumas		Jean-Pierre Vial
Ambroise Dupont		Jean-Paul Virapoullé
Bernadette Dupont		François Zocchetto
Jean-Léon Dupont		

**Ont voté contre**

Nicolas Alfonsi  
 Jacqueline Alquier  
 Michèle André  
 Serge Andreoni  
 Bernard Angels  
 Jean-Étienne  
 Antoinette  
 Alain Anziani  
 Éliane Assassi  
 David Assouline  
 Bertrand Auban  
 François Autain  
 Robert Badinter  
 Jean-Michel Baylet  
 Marie-France Beaufile  
 Jean-Pierre Bel  
 Claude Bérut-Débat  
 Jacques Berthou  
 Jean Besson  
 Michel Billout  
 Marie-Christine  
 Blandin  
 Maryvonne Blondin  
 Yannick Bodin  
 Nicole Bonnefoy  
 Nicole  
 Borvo Cohen-Seat  
 Yannick Botrel  
 Didier Boulaud  
 Alima  
 Boumediene-Thiery  
 Martial Bourquin  
 Bernadette Bourzai

Michel Boutant  
 Nicole Bricq  
 Jean-Pierre Caffet  
 Claire-Lise Champion  
 Jean-Louis Carrère  
 Françoise Cartron  
 Bernard Cazeau  
 Monique  
 Cerisier-ben Guiga  
 Yves Chastan  
 Jacqueline Chevé  
 Yvon Collin  
 Gérard Collomb  
 Pierre-Yves Collombat  
 Roland Courteau  
 Jean-Claude Danglot  
 Yves Daudigny  
 Yves Dauge  
 Marc Daunis  
 Annie David  
 Jean-Pierre Demerliat  
 Michelle Demessine  
 Christiane Demontès  
 Jean Desessard  
 Évelyne Didier  
 Claude Domeizel  
 Josette Durrieu  
 Alain Fauconnier  
 Jean-Luc Fichet  
 Guy Fischer  
 François Fortassin  
 Thierry Foucaud  
 Jean-Claude Frécon

Bernard Frimat  
 Charles Gautier  
 Samia Ghali  
 Jacques Gillot  
 Jean-Pierre Godefroy  
 Brigitte  
 Gonthier-Maurin  
 Jean-Noël Guérini  
 Didier Guillaume  
 Claude Haut  
 Edmond Hervé  
 Odette Herviaux  
 Gélita Hoarau  
 Robert Hue  
 Annie  
 Jarraud-Vergnolle  
 Claude Jeannerot  
 Bariza Khiari  
 Virginie Klès  
 Yves Krattinger  
 Philippe Labeyrie  
 Françoise Laborde  
 Serge Lagauche  
 Serge Larcher  
 Françoise Laurent  
 Perrigot  
 Gérard Le Cam  
 Jacky Le Menn  
 Raymonde Le Texier  
 Alain Le Vern  
 André Lejeune  
 Claudine Lepage  
 Claude Lise

Jean-Jacques Lozach  
 Roger Madec  
 Philippe Madrelle  
 Jacques Mahéas  
 François Marc  
 Daniel Marsin  
 Jean-Pierre Masseret  
 Marc Massion  
 Josiane  
 Mathon-Poinat  
 Pierre Mauroy  
 Rachel Mazuir  
 Jean-Luc Mélenchon  
 Louis Mermaz  
 Jacques Mézard  
 Jean-Pierre Michel  
 Jean Milhau  
 Gérard Miquel  
 Jean-Jacques Mirassou  
 Jacques Muller  
 Robert Navarro

Isabelle Pasquet  
 Jean-Marc Pastor  
 Georges Patient  
 François Patriat  
 Daniel Percheron  
 Jean-Claude  
 Peyronnet  
 Bernard Piras  
 Jean-Pierre Plancade  
 Roland Povinelli  
 Gisèle Printz  
 Marcel Rainaud  
 Jack Ralite  
 Daniel Raoul  
 Paul Raoult  
 François Rebsamen  
 Daniel Reiner  
 Ivan Renar  
 Thierry Repentin  
 Roland Ries  
 Michèle

San Vicente-Baudrin  
 Patricia Schillinger  
 Mireille Schurch  
 Michel Sergent  
 René-Pierre Signé  
 Jean-Pierre Sueur  
 Simon Sutour  
 Catherine Tasca  
 Odette Terrade  
 Michel Teston  
 René Teulade  
 Jean-Marc Todeschini  
 Robert Tropeano  
 Richard Tuheia  
 Raymond Vall  
 André Vantomme  
 François Vendasi  
 Bernard Vera  
 Jean-François Voguet  
 Dominique Voynet  
 Richard Yung

**Abstentions**

Michel Charasse  
 Jean-Pierre Chevènement  
 Gaston Flosse

**N'ont pas pris part au vote**

M. Gérard Larcher, président du Sénat, et Mme Monique Papon, qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.





## ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	<b>DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>	
<b>03</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>155,70</b>
<b>33</b>	Questions..... 1 an	<b>108,00</b>
<b>83</b>	Table compte rendu..... 1 an	<b>26,60</b>
	<b>DÉBATS DU SÉNAT :</b>	
<b>05</b>	Compte rendu..... 1 an	<b>139,30</b>
<b>35</b>	Questions..... 1 an	<b>78,20</b>
<b>85</b>	Table compte rendu..... 1 an	<b>23,50</b>
<b>95</b>	Table questions..... 1 an	<b>16,40</b>
	<b>DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :</b>	
<b>07</b>	Série ordinaire..... 1 an	<b>813,10</b>
<b>27</b>	Série budgétaire..... 1 an	<b>116,10</b>
	<b>DOCUMENTS DU SÉNAT :</b>	
<b>09</b>	Un an.....	<b>787,10</b>

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

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

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

(\*) Arrêté du 28 décembre 2007 publié au *Journal officiel* du 30 décembre 2007

---

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

---

**Prix du numéro : 2,20 €**