

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 13 novembre 2015

(23^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE MME ISABELLE DEBRÉ

Secrétaires :

Mme Frédérique Espagnac, M. Bruno Gilles.

1. **Procès-verbal** (p. 10819)
2. **Financement de la sécurité sociale pour 2016.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10819)

QUATRIÈME PARTIE (*SUITE*) (p. 10819)

Article 39 (*suite*) (p. 10819)

Amendement n° 350 de M. Yves Daudigny et sous-amendement n° 454 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 352 de M. Yves Daudigny. – Devenu sans objet.

Amendement n° 351 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendements identiques n° 100 rectifié *bis* de M. Pierre Médevielle et 299 rectifié de M. Jacques Mézard. – Retrait de l'amendement n° 299 rectifié, l'amendement n° 100 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 227 rectifié *bis* de Mme Agnès Canayer. – Non soutenu.

Amendement n° 228 rectifié *bis* de Mme Agnès Canayer. – Non soutenu.

Amendement n° 224 rectifié *ter* de Mme Agnès Canayer. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 102 rectifié *bis* de M. Pierre Médevielle et 301 rectifié de M. Jacques Mézard. – Rectification de l'amendement n° 301 rectifié, l'amendement n° 102 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 301 rectifié *bis* de M. Jacques Mézard. – Rejet.

Amendement n° 239 rectifié *bis* de Mme Agnès Canayer. – Non soutenu.

Amendement n° 223 rectifié de Mme Agnès Canayer. – Non soutenu.

Mme Laurence Cohen

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 39 (p. 10832)

Amendement n° 438 de Mme Laurence Cohen. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 39 *bis* (*nouveau*) – Adoption. (p. 10834)

Article 39 *ter* (*nouveau*) (p. 10834)

Amendement n° 336 rectifié de M. Jean-François Husson. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 40 – Adoption. (p. 10834)

Article 41 (p. 10836)

Amendement n° 453 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 41 *bis* (*nouveau*) – Adoption. (p. 10836)

Article 41 *ter* (*nouveau*) (p. 10837)

Amendement n° 452 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 42 (p. 10837)

Amendement n° 314 de M. Gilbert Barbier. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 14 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti, 187 de M. Yves Pozzo di Borgo et 222 de M. Jean-Noël Cardoux. – Adoption, par scrutin public, de l'amendement n° 222, les amendements n° 14 rectifié *bis* et 187 n'étant pas soutenus.

Amendement n° 357 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny. – Devenu sans objet.

Amendement n° 294 rectifié de M. Michel Amiel. – Devenu sans objet.

Amendement n° 40 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendement n° 417 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 95 rectifié de M. Olivier Cigolotti et 115 rectifié de Mme Catherine Deroche. – Adoption de l'amendement n° 115 rectifié, l'amendement n° 95 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 38 rectifié *bis* de M. Olivier Cigolotti. – Rejet.

Amendement n° 116 rectifié *bis* de Mme Catherine Deroche. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 43 (p. 10845)

Amendement n° 240 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 58 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 24 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Non soutenu.

Amendement n° 290 rectifié de M. Michel Amiel. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 44 – Adoption. (p. 10846)

Article additionnel après l'article 44 (p. 10846)

Amendement n° 418 de Mme Laurence Cohen. – Rejet par scrutin public.

Article 44 *bis* (nouveau) – Adoption. (p. 10848)

Article additionnel après l'article 44 *bis* (p. 10848)

Amendement n° 358 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny

Suspension et reprise de la séance (p. 10849)

Amendement n° 358 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny (*suite*). – Retrait.

Article 45 – Adoption. (p. 10851)

Articles additionnels après l'article 45 (p. 10852)

Amendement n° 311 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 349 de M. Jérôme Durain. – Retrait.

Amendement n° 13 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Non soutenu.

Amendement n° 256 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 424 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 257 de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Article 45 *bis* (nouveau) – Adoption. (p. 10856)

Articles additionnels après l'article 45 *bis* (p. 10856)

Amendements identiques n° 249 rectifié de Mme Catherine Deroche et 309 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 421 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 420 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 419 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 422 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 45 *ter* (nouveau) (p. 10861)

Amendement n° 59 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 96 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendements identiques n° 334 rectifié *ter* de Mme Corinne Imbert et 354 de M. Yves Daudigny. – Retrait des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 46 – Adoption. (p. 10863)

Articles additionnels après l'article 46 (p. 10864)

Amendement n° 35 rectifié *quinquies* de M. Philippe Mouiller

Amendement n° 98 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller

Amendement n° 258 rectifié de Mme Aline Archimbaud

Amendements identiques n° 9 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle, 22 rectifié de M. Olivier Cigolotti, 339 rectifié *bis* de M. Daniel Gremillet et 427 de Mme Laurence Cohen. – Les amendements n° 22 rectifié et 339 rectifié *bis* ne sont pas soutenus.

Amendements identiques n° 7 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle, 23 rectifié de M. Olivier Cigolotti, 247 de Mme Natacha Bouchart et 428 de Mme Laurence Cohen. – Les amendements n° 23 rectifié et 247 ne sont pas soutenus.

Amendement n° 259 rectifié de Mme Aline Archimbaud

Amendement n° 146 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller

3. Demande d'autorisation de prolongation d'une intervention des forces armées (p. 10869)

4. Communication du Conseil constitutionnel (p. 10869)

Suspension et reprise de la séance (p. 10870)

PRÉSIDENCE DE MME FRANÇOISE CARTRON

5. Financement de la sécurité sociale pour 2016. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10870)

Articles additionnels après l'article 46 (*suite*) (p. 10870)

Amendement n° 35 rectifié *quinquies* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 98 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 258 rectifié de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendements identiques n° 9 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle, et 427 de Mme Laurence Cohen. – Retrait des deux amendements.

Amendements identiques n° 7 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle, et 428 de Mme Laurence Cohen. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 259 rectifié de Mme Aline Archimbaud. – Rejet.

Amendement n° 146 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Article 47 (p. 10872)

Mme Annie David

Amendement n° 156 de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 140 de M. Jean-Louis Tourenne et sous-amendement n° 455 du Gouvernement. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendement n° 155 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 60 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 154 rectifié de M. François Commeinhes et 291 rectifié de M. Jacques Mézard. – Retrait de l'amendement n° 291 rectifié, l'amendement n° 154 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 141 de M. Jean-Louis Tourenne et 157 rectifié de M. François Commeinhes. – Retrait de l'amendement n° 141, l'amendement n° 157 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 158 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 153 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 152 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 61 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 446 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 62 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 47 (p. 10876)

Amendement n° 323 rectifié de Mme Catherine Deroche. – Retrait.

Amendement n° 322 rectifié de Mme Catherine Deroche. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 260 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 47 *bis* (*nouveau*) – Adoption. (p. 10878)

Article 48 (p. 10878)

M. Dominique Watrin

Amendements identiques n° 20 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert et 268 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 180 rectifié de Mme Françoise Gatel. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Article 49 (p. 10879)

Mme Laurence Cohen

Amendements identiques n° 18 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert et 244 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 32 rectifié de Mme Brigitte Micouleau. – Non soutenu.

Amendement n° 277 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 25 rectifié de M. Olivier Cigolotti et 279 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 280 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 63 de la commission et 281 de M. Alain Vasselle. – Retrait de l'amendement n° 63, l'amendement n° 281 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 282 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 161 de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 319 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 26 rectifié de M. Olivier Cigolotti et 332 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 320 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 321 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendement n° 324 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 207 rectifié *bis* de M. Cyril Pellevat et 326 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 328 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 213 rectifié de M. Cyril Pellevat et 330 de M. Alain Vasselle. – Non soutenus.

Amendement n° 429 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 338 de M. Alain Vasselle. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 64 de la commission et 345 de M. Alain Vasselle. – Retrait de l'amendement n° 64, l'amendement n° 345 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 65 de la commission. – Retrait.

Amendements identiques n° 66 de la commission et 164 rectifié de M. François Commeinhes. – Adoption de l'amendement n° 66, l'amendement n° 164 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 67 de la commission et 88 de M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. – Retrait des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Articles 49 *bis* et 49 *ter* (*nouveaux*) – Adoption. (p. 10888)

Article additionnel après l'article 49 *ter* (p. 10888)

Amendement n° 170 rectifié de Mme Françoise Gatel. – Retrait.

Article 50 (p. 10889)

Amendement n° 430 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 165 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Amendement n° 68 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 50 *bis* (*nouveau*) (p. 10892)

Amendement n° 69 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 51 (p. 10893)

Amendement n° 27 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Retrait.

Amendement n° 28 rectifié de M. Olivier Cigolotti. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 51 (p. 10894)

Amendements identiques n° 21 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert et 252 de M. Albéric de Montgolfier. – Retrait de l'amendement n° 21 rectifié *bis*, l'amendement n° 252 n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 70 de la commission et 87 rectifié de M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. – Adoption, par scrutin public, des deux amendements insérant un article additionnel.

Article 52 (p. 10896)

Amendements identiques n° 189 rectifié *ter* de Mme Caroline Cayeux, 250 rectifié *bis* de Mme Catherine Deroche et 310 de M. Gilbert Barbier. – Rejet de l'amendement n° 189 rectifié *ter*, les amendements n° 250 rectifié *bis* et 310 n'étant pas soutenus.

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 52 (p. 10897)

Amendement n° 431 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 150 rectifié *ter* de Mme Jacky Deromedi. – Retrait.

Amendement n° 169 rectifié de M. François Commeinhes. – Non soutenu.

Article 53 – Adoption. (p. 10900)

Article 54 (p. 10900)

Amendement n° 81 de M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. – Adoption, par scrutin public, de l'amendement supprimant l'article.

Article additionnel après l'article 54 (p. 10901)

Amendement n° 261 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Article 55 (p. 10902)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales

Amendement n° 82 de M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. – Adoption, par scrutin public, de l'amendement supprimant l'article.

Article 56 (p. 10906)

Amendement n° 83 de M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 57 (p. 10907)

Amendement n° 432 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n° 188 rectifié *bis* de M. Jean-Marie Bockel et 253 rectifié de Mme Catherine Deroche. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 57 *bis* (*nouveau*) – Adoption. (p. 10910)

Article 58 (p. 10910)

Mme Laurence Cohen

Amendement n° 450 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 59 – Adoption. (p. 10911)

Article additionnel après l'article 59 (p. 10912)

Amendement n° 433 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Articles 60 et 61 – Adoption. (p. 10913)

Article 62 (*nouveau*) (p. 10914)

Amendement n° 456 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie (p. 10914)

M. Yves Daudigny

M. Guillaume Arnell

Mme Laurence Cohen

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

M. Jean Desessard

Adoption de l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre

Renvoi de la suite de la discussion.

6. **Inscription à l'ordre du jour d'un débat suivi d'un vote**
(p. 10916)
7. **Ordre du jour** (p. 10916)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE MME ISABELLE DEBRÉ

vice-présidente

Secrétaires :

**Mme Frédérique Espagnac,
M. Bruno Gilles.**

Mme la présidente. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

Mme la présidente. 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

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2016

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016 (projet n° 128, rapport n° 134 [tomes I à VIII], avis n° 139).

Nous poursuivons la discussion des articles.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016

TITRE IV (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

Chapitre I^{er} (suite)

AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX DROITS

Mme la présidente. Hier soir, nous avons entamé l'examen de l'article 39, dont je rappelle les termes.

Article 39 (suite)

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 111-1 est ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 111-1. – La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.
- ④ « Elle assure, pour toute personne travaillant ou résidant en France de façon stable et régulière, la couverture des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille.
- ⑤ « Elle garantit les travailleurs contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus. Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés à un ou plusieurs régimes obligatoires.
- ⑥ « Elle assure la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurance sociale, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre du présent code, sous réserve des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens. » ;
- ⑦ 2° Le I de l'article L. 111-2-1 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ⑨ « I. – La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale.
- ⑩ « La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. » ;
- ⑪ b) Au troisième alinéa, les mots : « des assurés aux soins » sont remplacés par les mots : « à la prévention et aux soins des bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, » ;
- ⑫ 3° L'article L. 111-2-2 est ainsi rédigé :
- ⑬ « Art. L. 111-2-2. – Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés et des règlements européens, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quels que soient leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes :
- ⑭ « 1° Qui exercent sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :
- ⑮ « a) Une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération et la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;

- 16 « b) Une activité professionnelle non salariée ;
- 17 « 2° Qui exercent une activité professionnelle à l'étranger et sont soumises à la législation française de sécurité sociale en application des règlements européens ou des conventions internationales. » ;
- 18 4° Il est ajouté un article L. 111-2-3 ainsi rédigé :
- 19 « Art. L. 111-2-3. – Un décret en Conseil d'État précise, sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou allocations, les conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence et de la régularité du séjour mentionnées à l'article L. 111-1. »
- 20 II. – Le même livre I^{er} est ainsi modifié :
- 21 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « , le contrôle du respect des conditions de résidence » ;
- 22 2° Après l'article L. 114-10, il est inséré un article L. 114-10-1 ainsi rédigé :
- 23 « Art. L. 114-10-1. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale organisent le contrôle du respect des conditions de résidence en France. Ce contrôle est, chaque fois que possible, réalisé à partir des vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale. » ;
- 24 3° L'article L. 115-7 devient l'article L. 114-10-2 et, à la première phrase du premier alinéa, les mots : « le versement » sont remplacés par les mots : « l'attribution » ;
- 25 4° Après l'article L. 114-10-2, tel qu'il résulte du 3° du présent II, il est inséré un article L. 114-10-3 ainsi rédigé :
- 26 « Art. L. 114-10-3. – I. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie établit un référentiel, homologué par l'État, précisant les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, prévue à l'article L. 160-1, pour garantir le respect des conditions requises pour en bénéficier, notamment celles prévues aux articles L. 114-10-1 et L. 114-10-2. Ce référentiel distingue les procédés de contrôle faisant appel à des échanges d'informations et ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux.
- 27 « II. – Lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications nécessaires, qu'une personne n'a pas droit à la prise en charge des frais de santé par la sécurité sociale, elle lui notifie son constat et l'invite à présenter ses observations. La personne fait connaître à l'organisme ses observations et fournit, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. Si les observations présentées et les pièces produites sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits ou en l'absence de réponse de l'intéressé, il est mis fin au service des prestations. La personne concernée en est préalablement informée.
- 28 « III. – Les modalités d'application du II du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 29 5° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :
- 30 a) Au 3°, les mots : « , notamment à pension de vieillesse » sont supprimés ;
- 31 b) Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- 32 « 4° Permettent d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations. » ;
- 33 6° À la fin de la première phrase du neuvième alinéa de l'article L. 114-12-1, les mots : « ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir » sont remplacés par les mots : « l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir, ainsi que les informations permettant d'attester du respect des conditions de résidence » ;
- 34 7° Après l'article L. 114-12-3, il est inséré un article L. 114-12-4 ainsi rédigé :
- 35 « Art. L. 114-12-4. – Dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les organismes et administrations mentionnés aux articles L. 114-12 et L. 114-14 procèdent à des échanges d'informations strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations, en utilisant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques mentionné à l'article L. 114-12-1. » ;
- 36 8° L'article L. 162-1-14 devient l'article L. 114-17-1 et, au 2° du II, après le mot : « justifiant », sont insérés les mots : « l'ouverture de leurs droits et ».
- 37 III. – Le même code est ainsi modifié :
- 38 1° Au début du titre VI du livre I^{er} du même code, il est ajouté un chapitre préliminaire intitulé : « Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé » ;
- 39 2° Au même chapitre préliminaire, est insérée une section 1 intitulée : « Dispositions relatives aux bénéficiaires » et comprenant les articles L. 160-1 à L. 160-7, tels qu'ils résultent des 3° à 6° du présent III ;
- 40 3° À la même section 1, sont insérés des articles L. 160-1 à L. 160-4 ainsi rédigés :
- 41 « Art. L. 160-1. – Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie et de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.
- 42 « L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciés selon les règles prévues, respectivement, aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3.
- 43 « Art. L. 160-2. – Par dérogation à l'article L. 160-1, bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en tant qu'ayants droit d'un assuré social les enfants n'exerçant pas d'activité professionnelle qui sont à sa charge, à condition que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie ou qu'ils soient pupilles de la Nation dont l'assuré est tuteur ou enfants recueillis.
- 44 « Le statut d'ayant droit prend fin dans l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de sa majorité, à la date du premier jour de la période mentionnée à l'article L. 381-8, que l'enfant poursuive ou non des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4.

- 45 « L'enfant qui a atteint l'âge de seize ans peut demander, selon des modalités fixées par décret, à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité.
- 46 « L'enfant qui, ayant atteint l'âge de seize ans, poursuit des études dans les établissements, écoles ou classes mentionnés à l'article L. 381-4 bénéficie automatiquement de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel.
- 47 « Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social. Ces personnes ou établissements bénéficient, pour le compte de l'assuré, de la prise en charge des frais de santé de ce dernier en cas de maladie et de maternité.
- 48 « *Art. L. 160-3.* – Lorsqu'ils résident à l'étranger et n'exercent pas d'activité professionnelle, bénéficient lors de leurs séjours temporaires en France de la prise en charge de leurs frais de santé prévue à l'article L. 160-1, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit à cette prise en charge ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 161-22-2 :
- 49 « 1° Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse ou d'une pension de réversion servie par un régime de base de sécurité sociale français ;
- 50 « 2° Les titulaires d'une rente ou d'une allocation allouée en application de dispositions législatives sur les accidents du travail et maladies professionnelles applicables aux professions non agricoles ;
- 51 « 3° Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une pension d'invalidité, servie par un ou plusieurs régimes de base français.
- 52 « En cas d'hospitalisation, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- 53 « Lorsque la prise en charge mentionnée au premier alinéa est prévue par les règlements européens ou les accords internationaux, elle est étendue, dans les conditions prévues par ces règlements ou accords, aux soins de santé reçus à l'étranger par les titulaires d'une pension, rente ou allocation mentionnés aux 1° à 3°.
- 54 « *Art. L. 160-4.* – Bénéficient également de la prise en charge des frais de santé lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle en France :
- 55 « 1° Les membres de la famille qui accompagnent les travailleurs détachés temporairement à l'étranger depuis la France pour y exercer une activité professionnelle et qui sont exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale de l'État de détachement en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;
- 56 « 2° Les membres de la famille à la charge d'un assuré du régime de sécurité sociale français qui ne résident pas en France et bénéficient d'une telle prise en charge en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement européen ;
- 57 « 3° Les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires de la France et les personnes assimilées en poste à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. » ;
- 58 4° L'article L. 161-2-1 devient l'article L. 160-5 et est ainsi modifié :
- 59 a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 60 « Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse, dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière. » ;
- 61 b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- 62 5° L'article L. 380-3 devient l'article L. 160-6 et est ainsi modifié :
- 63 a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 64 « L'article L. 160-1 ne s'applique pas aux personnes suivantes si elles n'exercent pas une activité professionnelle complémentaire en France : » ;
- 65 b) Le 3° est ainsi rétabli :
- 66 « 3° Les personnes titulaires d'une pension étrangère et qui ne bénéficient pas par ailleurs d'un avantage viager d'un régime obligatoire de sécurité sociale français, lorsque, en application d'un règlement européen ou d'un accord international, la prise en charge de leurs frais de santé ainsi que de ceux des membres de leur famille qui résident avec elles relève du régime étranger qui sert la pension ; »
- 67 c) Après le mot : « règlement », la fin du 5° est ainsi rédigée : « européen, les membres de leur famille qui les accompagnent ou toute autre personne relevant de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de la famille de cette personne qui résident avec elle de manière stable et régulière en France ; »
- 68 d) Au 6°, les mots : « la Communauté » sont remplacés par les mots : « l'Union » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;
- 69 6° L'article L. 332-3 devient l'article L. 160-7 et est ainsi modifié :
- 70 a) Au premier alinéa, les mots : « et des règlements internationaux » sont remplacés par les mots : « internationales et règlements européens », les mots : « à leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « aux personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et les mots : « correspondantes des assurances » sont remplacés par les mots : « en cas de » ;
- 71 b) Le second alinéa est ainsi modifié :
- 72 – à la première phrase, les mots : « ses ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 160-2 » et, après le mot : « européen », sont insérés les mots : « ou de la Confédération suisse » ;
- 73 – les deux dernières phrases sont supprimées ;

- 74 7° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 2 intitulée : « Dispositions relatives aux prestations » et comprenant les articles L. 160-8 à L. 160-12, tels qu'ils résultent des 8° à 12° du présent III ;
- 75 8° À la même section 2, il est inséré un article L. 160-8 ainsi rédigé :
- 76 « *Art. L. 160-8.* – La protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie prévue à l'article L. 111-2-1 comporte :
- 77 « 1° La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examen de biologie médicale, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'examen et de biologie médicale ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;
- 78 « 2° La couverture des frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies aux articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'État ;
- 79 « 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;
- 80 « 4° La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues au titre I^{er} du livre II de la deuxième partie du code de la santé publique ;
- 81 « 5° La couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes mentionnés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, notamment des frais relatifs aux examens de dépistage et aux consultations de prévention effectués au titre des programmes prévus à l'article L. 1411-2 du même code ainsi que des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- 82 « 6° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique. » ;
- 83 9° L'article L. 331-2 devient l'article L. 160-9 ;
- 84 10° L'article L. 322-1 devient l'article L. 160-10 et, à la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « remboursée soit directement à l'assuré ou aux ayants droit mentionnés à la deuxième phrase de l'article L. 161-14-1, » sont remplacés par les mots : « versée au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant ou elle est remboursée soit directement à l'assuré, » ;
- 85 11° Après l'article L. 160-10, tel qu'il résulte du 10°, il est inséré un article L. 160-11 ainsi rédigé :
- 86 « *Art. L. 160-11.* – L'action de l'assuré pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par deux ans à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations ; pour le paiement des prestations de l'assurance maternité, elle se prescrit par deux ans à compter de la date de la première constatation médicale de la grossesse.
- 87 « L'action des ayants droit de l'assuré pour le paiement du capital prévu à l'article L. 361-1 se prescrit par deux ans à compter du jour du décès.
- 88 « Cette prescription est également applicable, à compter du paiement des prestations entre les mains du bénéficiaire, à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration. » ;
- 89 12° L'article L. 322-7 devient l'article L. 160-12 et, au premier alinéa, les mots : « en nature » sont supprimés et les références : « 1°, 2°, 3°, 4°, 6° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 1° à 5° de l'article L. 160-8 » ;
- 90 13° Au chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est insérée une section 3 intitulée : « Participation de l'assuré social » et comprenant les articles L. 160-13 à L. 160-16, tels qu'ils résultent des 14° à 17° du présent III ;
- 91 14° L'article L. 322-2 devient l'article L. 160-13 et, à la première phrase du premier alinéa du I et au 3° du III, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 92 15° L'article L. 322-3 devient l'article L. 160-14 et est ainsi modifié :
- 93 a) Au premier alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;
- 94 b) Aux 6°, 16°, 17°, 19° et 20°, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 95 c) Au 13°, les mots : « bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4 » sont remplacés par les mots : « titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles L. 341-15 » ;
- 96 d) Au 14°, les mots : « ayants droit des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;
- 97 d bis) (*nouveau*) Au 16°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 5° » ;
- 98 e) Au 17°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 6° » ;
- 99 16° L'article L. 322-4 devient l'article L. 160-15 et est ainsi modifié :

- 100 a) Au premier alinéa, les mots : « ses ayants droit mineurs » sont remplacés par les mots : « les mineurs » ;
- 101 b) Au premier alinéa et à la fin du second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;
- 102 17° L'article L. 322-8 devient l'article L. 160-16 et est ainsi modifié :
- 103 a) Les mots : « assurés et leurs ayants droit » sont remplacés par le mot : « personnes » ;
- 104 b) Les mots : « gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées » sont remplacés par les mots : « prise en charge intégrale des frais de santé dans les conditions prévues » ;
- 105 18° Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er}, tel qu'il résulte du 1° du présent III, est complété par une section 4 ainsi rédigée :
- 106 « Section 4
- 107 « **Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations**
- 108 « Art. L. 160-17. – La prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 est effectuée, pour les personnes exerçant une activité professionnelle, par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées pour le service des prestations d'assurances sociales, dans des conditions définies par décret. Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles ces organismes prennent en charge les frais de santé des personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle.
- 109 « Il précise en outre les modalités selon lesquelles les personnes qui ne sont pas affiliées à titre professionnel peuvent demander à être gérées par l'organisme dont relève leur conjoint, la personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ou leur concubin.
- 110 « Les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont habilités à réaliser des opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé des assurés mentionnés aux articles L. 381-4, L. 712-1 et L. 712-2. Pour les assurés mentionnés à l'article L. 613-1 du présent code, les mêmes organismes ainsi que les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et les assureurs ou groupements d'assureurs régis par le code des assurances reçoivent délégation pour l'exécution, en tout ou partie, d'opérations de gestion.
- 111 « Les organismes à qui sont confiées des opérations de gestion reçoivent des caisses d'assurance maladie des remises de gestion en contrepartie des dépenses de fonctionnement exposées pour l'exécution des opérations de gestion.
- 112 « Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats.
- 113 « Ce décret détermine également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à ces opérations de gestion, en cas de défaillance rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales. »
- 114 IV. – Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :
- 115 1° L'article L. 161-1 est ainsi rétabli :
- 116 « Art. L. 161-1. – Sauf dispositions contraires, par membre de la famille, on entend au sens du présent code :
- 117 « 1° Le conjoint de l'assuré social, son concubin ou la personne à laquelle il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- 118 « 2° Les enfants mineurs à leur charge et, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État :
- 119 « a) Les enfants qui poursuivent leurs études ;
- 120 « b) Les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente d'exercer un travail salarié ;
- 121 « 3° L'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit au domicile de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge de l'assuré social. Le nombre et la limite d'âge des enfants sont fixés par décret en Conseil d'État. » ;
- 122 2° L'article L. 161-2 est abrogé ;
- 123 3° À l'article L. 161-3, les mots : « L'assurance maternité est attribuée » sont remplacés par les mots : « Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées » et, après le mot : « que », sont insérés les mots : « les prestations en espèces de » ;
- 124 4° L'article L. 161-8 est ainsi modifié :
- 125 a) Au premier alinéa, les mots : « , soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant droit, du régime général ou des régimes qui lui sont rattachés, » sont remplacés par les mots : « d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité » et les mots : « des assurances maladie, maternité, invalidité et décès pendant des périodes qui peuvent être différentes selon qu'il s'agit de prestations en nature ou de prestations en espèces » sont remplacés par les mots : « en espèces des assurances maladie et maternité, pendant une période définie par décret en Conseil d'État » ;
- 126 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 127 – la première phrase est ainsi rédigée :
- 128 « Est également maintenu le droit aux prestations des assurances invalidité et décès du régime général et des régimes qui lui sont rattachés. » ;
- 129 – à la seconde phrase, les mots : « pendant ces périodes, » sont supprimés ;
- 130 5° L'article L. 161-15 est ainsi rédigé :
- 131 « Art. L. 161-15. – Le conjoint séparé de droit ou de fait qui se trouve, du fait de défaut de présentation par l'autre conjoint des justifications requises, dans l'impossibilité d'obtenir pour ses enfants mineurs la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité dispose d'une action directe en paiement de ces prestations, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 132 6° À l'article L. 161-15-1, les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » et la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-1 » ;

- 133 7° (*nouveau*) Aux deux premiers alinéas de l'article L. 165-9, les mots : « ou à son ayant droit » sont supprimés.
- 134 V. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 7° ainsi rédigé :
- 135 « 7° D'établir le référentiel mentionné à l'article L. 114-10-3. »
- 136 VI. – Au 1° de l'article L. 200-1 du même code, après le mot : « titre », sont insérés les mots : « de la prise en charge des frais de santé et ».
- 137 VII. – Le livre III du même code est ainsi modifié :
- 138 1° À l'article L. 311-1, les mots : « couvrent les » sont remplacés par les mots : « assurent le versement des prestations en espèces liées aux » ;
- 139 2° L'article L. 311-5 est ainsi modifié :
- 140 a) À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;
- 141 b) Les deuxième à avant-dernier alinéas sont supprimés ;
- 142 c) Au dernier alinéa, les mots : « pour elles-mêmes et leurs ayants droit » sont supprimés et, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;
- 143 2° *bis* (*nouveau*) À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 311-7, les mots : « leurs ayants droit » sont remplacés par les mots : « les personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du présent code qui leur sont rattachées » ;
- 144 3° L'article L. 313-1 est ainsi modifié :
- 145 a) Le I est ainsi modifié :
- 146 – à la fin du premier alinéa, les mots : « et ouvrir droit » sont supprimés ;
- 147 – le 1° est abrogé ;
- 148 – au 2°, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 149 – au 3°, après le mot : « prestations », sont insérés les mots : « en espèces » ;
- 150 b) Au 1° du II, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » et la référence : « 2° du premier alinéa » est remplacée par la référence : « 2° du I » ;
- 151 4° L'article L. 321-1 est ainsi modifié :
- 152 a) Le premier alinéa est supprimé ;
- 153 a bis) (*nouveau*) Les 1° à 4°, 6° et 9° sont abrogés ;
- 154 b) Au sixième alinéa, la mention « 5° » est supprimée et les mots : « L'octroi » sont remplacés par les mots : « L'assurance maladie assure le versement » ;
- 155 5° Le premier alinéa de l'article L. 321-2 est supprimé ;
- 156 5° *bis* (*nouveau*) Au dernier alinéa du II de l'article L. 325-1, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 rattachées aux » ;
- 157 6° Le premier alinéa de l'article L. 332-1 est ainsi modifié :
- 158 a) Les mots : « et des ayants droit mentionnés à l'article L. 161-14-1 » sont supprimés ;
- 159 b) Après les mots : « des prestations », sont insérés, deux fois, les mots : « en espèces » ;
- 160 7° L'article L. 371-1 est ainsi modifié :
- 161 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 162 – les mots : « qui ne peut justifier des conditions prévues par les articles L. 313-1 et L. 341-2 et le décret pris pour leur application a droit ou ouvre droit, à condition, toutefois, que la rente ou l'allocation correspond » sont remplacés par les mots : « qui correspond » ;
- 163 – sont ajoutés les mots : « a droit à la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie et de maternité, dans les conditions prévues à l'article L. 160-14. » ;
- 164 b) les 1° et 2° sont abrogés.
- 165 VIII. – Le second alinéa de l'article L. 613-4 du même code est supprimé.
- 166 IX. – A. – Le second alinéa de l'article L. 131-9 du même code est ainsi modifié :
- 167 1° À la première phrase, les mots : « relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « bénéficient à titre obligatoire de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 » ;
- 168 2° À la deuxième phrase, les mots : « assurés d'un régime français d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge de leurs frais de santé en application de l'article L. 160-1 ».
- 169 B. – Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :
- 170 1° L'article L. 161-9 est ainsi modifié :
- 171 a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- 172 – au début de la première phrase, sont ajoutés les mots : « En cas de reprise du travail, » ;
- 173 – les mots : « conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité de leur régime d'origine aussi longtemps qu'ils bénéficient de cette prestation ou de ce congé. En cas de reprise du travail, les personnes susmentionnées » sont supprimés ;
- 174 – à la seconde phrase, les mots : « en nature et » sont supprimés ;
- 175 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « en nature et » sont supprimés ;
- 176 2° Aux deux premiers alinéas de l'article L. 161-9-3, les mots : « en nature et » sont supprimés.
- 177 C. – Au début du premier alinéa de l'article L. 172-1 A du même code, les mots : « Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « Lorsque, en cas de maladie ou de maternité, le versement des prestations en espèces ».
- 178 D. – Au 1° de l'article L. 213-1 du même code, les mots : « d'assurances sociales, d'accidents du travail, d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale ».
- 179 E. – Le titre IV du livre II du même code est ainsi modifié :
- 180 1° Au premier alinéa des I et III et au II de l'article L. 241-10, au premier alinéa de l'article L. 241-11 et au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa

de l'article L. 241-12, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

181 2° Au 1° du I *bis* de l'article L. 241-10, les mots : « des assurances » sont remplacés par les mots : « de la branche » ;

182 3° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-11, les mots : « d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

183 4° À la première phrase des premier et troisième alinéas de l'article L. 242-1 et au dernier alinéa de l'article L. 242-3, les mots : « des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale » ;

184 5° À l'article L. 242-4-3, les mots : « à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale à la charge de l'employeur ».

185 F. – Au premier alinéa de l'article L. 252-1 du même code, les mots : « l'assurance » sont remplacés par les mots : « la branche ».

186 G. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre III du même code est ainsi modifié :

187 1° Au premier alinéa de l'article L. 371-3, les mots : « pour lui et les membres de sa famille, au sens de l'article L. 313-3 » sont supprimés ;

188 2° Le deuxième alinéa de l'article L. 371-6 est ainsi modifié :

189 a) À la première phrase, les mots : « jouissent, ainsi que les membres de leur famille, au sens de l'article L. 313-3 des prestations en nature de l'assurance maladie et bénéficient » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 et » et la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;

190 b) Au début de la seconde phrase, les mots : « Mais ils sont dispensés, pour eux personnellement, » sont remplacés par les mots : « Ils sont dispensés ».

191 H. – Le titre VIII du livre III du même code est ainsi modifié :

192 1° L'article L. 381-30 est ainsi modifié :

193 a) Au premier alinéa, les mots : « sont affiliées obligatoirement aux assurances maladie et maternité du » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé effectuée par le » ;

194 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

195 – au début, sont ajoutés les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » ;

196 – les mots : « elles sont affiliées au » sont remplacés par les mots : « la prise en charge de leurs frais de santé est assurée par le » ;

197 c) Le troisième alinéa est supprimé ;

198 2° L'article L. 381-30-1 est ainsi modifié :

199 a) Le premier alinéa est supprimé ;

200 b) Au deuxième alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les détenus » et les mots : « les assurances maladie et maternité du » sont remplacés par le mot : « le » ;

201 c) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « Par dérogation au premier alinéa, » sont supprimés et les mots : « des prestations en nature des assurances » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de » ;

202 d) Au dernier alinéa, les références : « par les articles L. 161-25-1 et L. 161-25-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 161-25-1 » ;

203 3° À la première phrase de l'article L. 381-30-2, les mots : « affilié en application » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa » ;

204 4° L'article L. 381-30-5 est ainsi modifié :

205 a) Au I, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 381-30 » sont remplacés par les mots : « , à l'exception de celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 381-30, » ;

206 b) Au premier alinéa du II, les mots : « affiliées en application du premier alinéa de l'article L. 380-30-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnées au I du présent article » ;

207 5° Au premier alinéa de l'article L. 382-3, les mots : « d'assurances sociales et d'allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

208 6° À l'article L. 382-14-1, les mots : « dues au titre des assurances sociales et des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

209 7° À la fin du premier alinéa de l'article L. 382-21, les mots : « ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} ».

210 I. – Le livre IV du même code est ainsi modifié :

211 1° L'article L. 432-1 est ainsi modifié :

212 a) À la fin de la seconde phrase du premier alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;

213 b) Au second alinéa, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;

214 2° Au premier alinéa de l'article L. 453-1, les mots : « aux prestations dans les conditions prévues au livre III » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge de ses frais de santé prévue au titre VI du livre I^{er}, ».

215 J. – Au premier alinéa de l'article L. 512-1 du livre V du même code, après la première occurrence du mot : « France », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 111-2-3 ».

216 K. – Le titre I^{er} du livre VI du même code est ainsi modifié :

- 217 1° Au premier alinéa du I de l'article L. 611-12, les mots : « par les assurés bénéficiaires des prestations maladie et par les cotisants et » sont remplacés par les mots : « par les cotisants au titre de leur activité professionnelle et les » ;
- 218 2° Le second alinéa de l'article L. 611-20 est supprimé ;
- 219 3° À l'intitulé du chapitre III, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « protection » ;
- 220 4° Les 2° et 3° de l'article L. 613-1 sont abrogés ;
- 221 5° Au début du second alinéa de l'article L. 613-7, les mots : « Le droit aux prestations en nature est ouvert dans » sont remplacés par les mots : « La prise en charge des frais de santé est assurée par » ;
- 222 6° Les deux premiers alinéas de l'article L. 613-14 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :
- 223 « La prise en charge des frais de santé des ressortissants du régime institué au présent livre est assurée, en cas de maladie, de maternité ou d'accident, dans les conditions définies aux articles L. 160-7 à L. 160-15 et L. 332-2. »
- 224 L. – Le livre VII du même code est ainsi modifié :
- 225 1° À l'article L. 713-1-1, les mots : « des prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime général de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge de leurs frais de santé dans les conditions prévues au livre I^{er} » ;
- 226 2° À l'article L. 713-9, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » ;
- 227 3° Au premier alinéa de l'article L. 713-10, les mots : « aux familles » sont remplacés par les mots : « aux enfants mentionnés à l'article L. 160-2 » et les mots : « qu'elles » sont remplacés par les mots : « qu'ils » ;
- 228 4° À l'article L. 713-16, les mots : « en nature » sont supprimés.
- 229 M. – Le livre VIII du même code est ainsi modifié :
- 230 1° Au premier alinéa de l'article L. 861-1, les mots : « résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1 » sont remplacés par les mots : « bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-1 » ;
- 231 2° Le dernier alinéa de l'article L. 861-2 est supprimé ;
- 232 3° Au 1° de l'article L. 861-3, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 » ;
- 233 4° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, la référence : « aux articles L. 380-1 et » est remplacée par les mots : « à l'article » ;
- 234 5° À la première phrase du premier alinéa et au troisième alinéa de l'article L. 871-1, la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».
- 235 N. – Les articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-3, L. 613-10, L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du même code sont abrogés.
- 236 O. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 237 1° Le 4° de l'article L. 722-10 est ainsi modifié :
- 238 a) Au *a*, les mots : « conjoints des personnes visées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du présent article » sont remplacés par les mots : « personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé en application de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale » ;
- 239 b) Le *b* est ainsi rédigé :
- 240 « *b*) Aux enfants qui remplissent les conditions mentionnées à l'article L. 160-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 241 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 722-11, les mots : « mentionnés aux articles L. 381-19 et L. 381-20 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;
- 242 3° Le 1° de l'article L. 742-3 est ainsi modifié :
- 243 a) Au début, sont ajoutés les mots : « Le chapitre préliminaire du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'article L. 160-5, » ;
- 244 b) Les références : « L. 311-9, L. 311-10, » sont supprimées ;
- 245 4° Au quatrième alinéa de l'article L. 761-3, les mots : « ayants droit, tels que définis aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale, des » sont remplacés par les mots : « personnes mentionnées à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale rattachées aux ».
- 246 P. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 247 1° L'article L. 251-1 est ainsi modifié :
- 248 a) Au premier alinéa, les mots : « , pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L. 161-14 et des 1° à 3° de l'article L. 313-3 de ce code, » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « pour lui-même et pour : » ;
- 249 b) Après le premier alinéa, sont insérés des 1° et 2° ainsi rédigés :
- 250 « 1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale ;
- 251 « 2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Dans ce cas, le bénéficiaire de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes. » ;
- 252 2° À la première phrase de l'article L. 254-1, la référence : « L. 380-1 » est remplacée par la référence : « L. 111-2-3 ».
- 253 Q. – Au 4° de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références : « L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 » sont remplacées par les références : « L. 160-17, L. 381-8 et L. 611-3 ».
- 254 R. – Dans toutes les dispositions législatives :

- 255 1° Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, les références aux articles L. 332-3, L. 331-2, L. 322-1, L. 332-1, L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4 du code de la sécurité sociale sont remplacées, respectivement, par les références aux articles L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-13, L. 160-14 et L. 160-15 du même code ;
- 256 2° (*Supprimé*)
- 257 IX *bis* (*nouveau*). – A. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 258 1° Au premier alinéa de l'article L. 114-15, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 259 2° À la fin de la première phrase du second alinéa de l'article L. 131-9, les mots : « ou qui sont soumises au second alinéa de l'article L. 161-25-3 » sont supprimés ;
- 260 3° À la fin du 2° de l'article L. 133-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 261 4° À l'article L. 161-27, les références : « L. 161-1 à L. 161-7, L. 161-10 à L. 161-13 » sont remplacées par les références : « L. 161-1 à L. 161-6 » ;
- 262 5° Au sixième alinéa et à la fin de la seconde phrase du douzième alinéa de l'article L. 162-1-14-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 263 6° À la première phrase du deuxième alinéa, à la dernière phrase du troisième alinéa et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 264 7° Le I de l'article L. 162-1-15 est ainsi modifié :
- 265 a) Au premier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » et les références : « aux 2° et 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;
- 266 b) Au 1°, les références : « au 2° ou au 5° de » sont remplacées par les mots : « , respectivement, au 2° de l'article L. 160-8 et à » ;
- 267 8° À la seconde phrase du premier alinéa et au second alinéa de l'article L. 162-1-20, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 268 9° À la fin du 4° de l'article L. 162-4, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 269 10° Au premier alinéa de l'article L. 162-31, la référence : « de l'article L. 313-4, » est supprimée et la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 270 11° Au 3° du II de l'article L. 162-31-1, les références : « 6° et 9° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « 5° et 6° de l'article L. 160-8 » ;
- 271 12° Au 2° de l'article L. 162-45, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 272 13° À la fin de la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 273 14° À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 274 15° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 315-2 est ainsi modifié :
- 275 a) À la première phrase, la première occurrence des mots : « à l'article » est remplacée par la référence : « aux articles L. 160-8 et » ;
- 276 b) À la deuxième phrase, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 277 16° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 323-1, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 278 17° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 323-4, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;
- 279 18° L'article L. 325-1 est ainsi modifié :
- 280 a) À la première phrase du I, les références : « , 4° et 7° de l'article L. 321-1 » sont remplacées par les références : « et 4° de l'article L. 160-8 » ;
- 281 b) Au 7° du II, les références : « aux articles L. 371-1 et L. 371-2 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 371-1 » ;
- 282 19° Après les mots : « de l'article », la fin de la première phrase de l'article L. 331-1 est ainsi rédigée : « L. 161-1. » ;
- 283 20° Au 2° de l'article L. 341-3, la référence : « au 4° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 284 21° Au premier alinéa de l'article L. 353-5, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;
- 285 22° Au début de l'article L. 372-2, les mots : « Sous réserve de l'article L. 161-11, » sont supprimés ;
- 286 23° À la fin de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 376-4, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 287 24° À l'article L. 382-8, la référence : « L. 313-3 » est remplacée par la référence : « L. 161-1 » ;
- 288 25° À la fin du deuxième alinéa et à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 471-1, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- 289 26° L'article L. 613-20 est ainsi modifié :
- 290 a) Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » et la référence : « au 5° du même article » est remplacée par la référence : « à l'article L. 321-1 » ;
- 291 b) À l'avant-dernier alinéa, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 292 27° À l'article L. 711-6, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 » ;
- 293 28° Au premier alinéa de l'article L. 712-9, les mots : « ou charges mentionnés à l'article L. 712-6 » sont remplacés par les mots : « maladie, maternité et invalidité » ;
- 294 29° À la fin du premier alinéa des articles L. 722-2 et L. 722-3, les mots : « aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 311-9 » sont remplacés par les mots : « à la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 » ;

- 305 30° Le premier alinéa de l'article L.722-6 est ainsi modifié :
- 306 a) La référence : « L.313-3, » est supprimée ;
- 307 b) La première occurrence de la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 308 c) La référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 309 31° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L.722-8-2, la référence : « au 5° de » est remplacée par le mot : « à » ;
- 300 32° À l'article L.758-2, la référence : « L.161-14, » est supprimée ;
- 301 33° Au premier alinéa des articles 762-4 et L.762-6, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 302 34° L'avant-dernier alinéa de l'article L.762-7 est supprimé ;
- 303 35° Au premier alinéa de l'article L.765-5, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 304 36° Au second alinéa de l'article L.821-7, la référence : « L.381-28 » est remplacée par la référence : « L.160-17 ».
- 305 B. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 306 1° Au premier alinéa de l'article L.242-12, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 307 2° Au 2° de l'article L.245-3, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 308 3° L'article L.251-2 est ainsi modifié :
- 309 a) À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 » ;
- 310 b) Après le mot : « et », la fin du troisième alinéa est ainsi rédigée : « 5° de l'article L.160-8 ; »
- 311 4° Au dernier alinéa de l'article L.252-1, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « quatrième » ;
- 312 5° À l'article L.252-2, les mots : « au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « aux trois premiers alinéas » ;
- 313 6° Au premier alinéa de l'article L.252-3, les mots : « du premier alinéa » sont remplacés par les mots : « des trois premiers alinéas ».
- 314 C. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 315 1° À l'article L.6241-3, la référence : « L.162-1-14 » est remplacée par la référence : « L.114-17-1 » ;
- 316 2° Au dernier alinéa de l'article L.6322-1, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 ».
- 317 D. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 318 1° Au g du 1° de l'article L.732-3, les références : « , L.161-10, L.161-11, L.161-13 » sont supprimées ;
- 319 2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L.751-9, la référence : « au livre III » est remplacée par la référence : « au titre VI du livre I^{er} ».
- 320 E. – À l'avant-dernier alinéa de l'article L.333-1 du code de la consommation, la référence : « L.162-1-14 » est remplacée par la référence : « L.114-17-1 ».
- 321 F. – L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :
- 322 1° L'article 9 est ainsi modifié :
- 323 a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 324 « – L.160-8 ; »
- 325 b) À la fin du deuxième alinéa, la référence : « L.161-5 » est remplacée par la référence : « L.161-4 » ;
- 326 c) Le neuvième alinéa est supprimé ;
- 327 2° À la première phrase de l'article 9-1, la référence : « (5°) » est supprimée ;
- 328 3° À l'article 9-4, les références : « , 2°, 3°, 4° de l'article L.321-1 » sont remplacées par la référence : « à 4° de l'article L.160-8 ».
- 329 G. – Au premier alinéa du II de l'article 23-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, la référence : « L.162-1-14 » est remplacée, deux fois, par la référence : « L.114-17-1 ».
- 330 H. – Au II de l'article 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la référence : « L.321-1 » est remplacée par la référence : « L.160-8 ».
- 331 I. – Au début du II de l'article 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « À la fin de l'article L.161-5 et » sont supprimés.
- 332 X. – Le présent article en vigueur le 1^{er} janvier 2016, sous les réserves suivantes.
- 333 A. – Les habilitations accordées aux groupements mutualistes en application de l'article L.211-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeurent en vigueur.
- 334 Le dernier alinéa de l'article L.160-17 du code de la sécurité sociale s'applique aux mutuelles ou groupements mutualistes habilités avant le 1^{er} janvier 2016 en application de l'article L.211-4 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.
- 335 Un décret détermine, le cas échéant, les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations.
- 336 B. – Le préjudice susceptible de résulter, pour les organismes mentionnés à l'article L.160-17 du code de la sécurité sociale, du transfert, en tout ou partie, d'opérations de gestion de la prise en charge des frais de santé qu'ils assurent à la date d'entrée en vigueur de la présente loi fait l'objet d'une indemnité s'il a pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion et présente un caractère anormal et spécial. Cette indemnité est fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Les conditions et le montant de l'indemnité sont fixés par décret.

337 C. – Sauf demande contraire, la prise en charge des frais de santé des personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au 31 décembre 2015 reste effectuée, tant que ces personnes ne deviennent pas affiliées à un régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure, par rattachement à l'assuré social dont elles dépendent, et par les organismes dont elles relèvent à cette date, jusqu'au 31 décembre 2019 au plus tard.

338 L'article L. 161-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, demeure applicable aux personnes majeures conservant la qualité d'ayant droit jusqu'au 31 décembre 2019.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 350, présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 110, première phrase

Après les mots :

des frais de santé

insérer les mots :

, de gestion du risque et d'accès aux droits

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Madame la présidente, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le texte adopté par l'Assemblée nationale pour l'alinéa 110 de l'annexe est rédigé de manière trop limitative, ne reflétant pas l'activité réelle des mutuelles, gestionnaires du régime obligatoire.

En effet, il est fait référence exclusivement aux opérations de remboursement des frais de santé, alors que le périmètre de gestion de ces mutuelles est bien plus étendu puisqu'il inclut par exemple les opérations de prévention, de gestion du risque, de lutte contre les abus et fraudes, d'information, d'accompagnement et d'accueil des assurés.

Ces activités sont essentielles aux missions menées par les mutuelles gestionnaires du régime obligatoire. Il s'agit donc de ne pas détruire les cohérences au profit des assurés sociaux et de suivre la logique selon laquelle il appartient à l'organisme payeur d'assurer en continuité des missions complémentaires de gestion des risques et d'accès aux soins.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 454, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Amendement n° 350

Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Alinéa 112

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats. Les conventions précisent, le cas échéant, les

conditions dans lesquelles les organismes concernés peuvent participer aux actions portant sur l'accès aux droits et la gestion du risque. »

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Monsieur Daudigny, votre amendement n° 350 vise à préciser que les opérations de gestion peuvent porter sur des actions favorisant l'accès au droit et la gestion du risque. Le Gouvernement est favorable à cette précision qu'il vous propose toutefois, par le sous-amendement n° 454, d'introduire à un autre alinéa, où elle trouvera mieux sa place.

Ce sous-amendement permettra également de satisfaire la demande exprimée par votre amendement n° 352 relatif au financement des opérations de gestion.

Sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 350.

Mme la présidente. L'amendement n° 352, présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 112

Remplacer les mots :

et de mise en œuvre

par les mots :

, de mise en œuvre et de financement

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. L'amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. S'agissant de l'amendement n° 350, défendu par M. Daudigny, la commission avait souhaité solliciter l'avis du Gouvernement, avis que vous avez donné, madame la secrétaire d'État, en défendant le sous-amendement n° 454 : vous préférez l'insertion de la disposition à un autre alinéa – il est vrai que vous avez le choix parmi les nombreux alinéas que compte cet article de vingt-sept pages !

La commission n'a pu examiner le sous-amendement n° 454, mais, à titre personnel, j'émet un avis favorable. Je pense que le Sénat pourra me suivre sur ce point.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 454.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 350, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 352 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 351, présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson,

MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 110, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Pour la prise en charge de ces frais de santé en cas de maladie et de maternité des personnes mentionnées aux articles L. 712-1 et L. 712-2, les mutuelles habilitées sont régies par le code de la mutualité constituées entre fonctionnaires, ou à des unions de ces mêmes organismes qui reçoivent compétence à cet effet, pour l'ensemble des fonctionnaires d'une ou plusieurs administrations.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. La rédaction actuelle de l'alinéa 96 introduit une incertitude sur le périmètre de gestion de population, toute mutuelle pouvant gérer indifféremment les étudiants ou les fonctionnaires.

Cet amendement vise à éviter la dispersion de la gestion au titre du régime obligatoire des agents des administrations de l'État entre plusieurs organismes mutualistes, cette gestion étant réintroduite uniquement auprès des mutuelles constituées entre fonctionnaires. Cette dispersion risquerait d'accroître fortement les démarches administratives des assurés et d'entraîner une perte de qualité de service – multiplication des mutations, risque sur le transfert de toute opération de gestion, risque sur l'accès à leurs droits.

Selon le texte initial, une mutuelle étudiante serait susceptible de gérer les agents de l'État. Ce texte est contraire à l'esprit même de la loi, qui a un objectif fort de simplification et ne vise pas à la remise en cause de l'organisation de la gestion actuelle conformément à l'annexe 10 du PLFSS sur les études d'impact.

Enfin, l'adoption de cet amendement permettrait d'éviter la modification de nombreux autres articles du code de la sécurité sociale, notamment les articles D. 712-30 à D. 712-36 concernant l'organisation des sections locales mutualistes, de telles modifications risquant de produire une grande incertitude juridique sur l'organisation et le périmètre des missions actuelles de mutuelles de fonctionnaires.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à garantir dans la loi la situation actuelle, ce qui ne nous paraît pas vraiment nécessaire. Par ailleurs, qu'advient-il de ces mutuelles qui gèrent la sécurité sociale ? C'est une autre question dont nous n'allons pas débattre ce matin...

La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Monsieur le sénateur, votre préoccupation est tout à fait légitime, mais votre proposition se heurte à l'absence de définition législative des mutuelles de fonctionnaires. Par conséquent, cette précision au niveau de la loi n'apporterait rien. Le décret définira les critères d'habilitation précisant quelles mutuelles peuvent gérer les différentes catégories d'assurés.

Je vous invite par conséquent à retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 351 est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 351 est retiré.

Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 100 rectifié *bis*, présenté par MM. Médevielle, Luche, L. Hervé, Guerriau, Kern et Cadic, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 299 rectifié, présenté par MM. Mézard, Amiel, Arnell, Barbier, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin, Guérini et Hue, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 110

Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

relatives à la prise en charge des frais de santé et des prestations en espèces en cas de maladie et de maternité. L'encaissement et le recouvrement amiable et contentieux des cotisations d'assurance maladie des membres des professions libérales sont délégués à ces mêmes organismes.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. L'article 39, tel qu'il résulte des travaux de l'Assemblée nationale, risque de modifier l'architecture du Régime social des indépendants, le RSI.

Ainsi, il n'est plus précisé que les organismes complémentaires conventionnés par le RSI gèrent, comme c'est le cas actuellement, les prestations en nature maladie-maternité, les prestations en espèces de l'ensemble des indépendants non agricoles ainsi que le recouvrement des cotisations maladie des professions libérales.

Or il ne nous semble pas pertinent de remettre en cause ces délégations, même partiellement, dès lors qu'elles fonctionnent bien. Par ailleurs, cela engendrerait une rupture de service aux assurés qui n'est pas souhaitable.

Cet amendement tend donc à maintenir aux organismes complémentaires conventionnés par le RSI les délégations de gestion existantes.

Mme la présidente. Les amendements n°s 227 rectifié *bis* et 228 rectifié *bis*, présentés par Mme Canayer, M. Mouiller et Mme Gruny, ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 299 rectifié ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'objet de cet amendement nous paraît satisfait par la suppression de l'article 12, précédemment adopté par le Sénat, qui a pour conséquence de maintenir sans changement les compétences des organismes complémentaires conventionnés par le RSI.

La commission invite donc au retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. S'agissant du premier volet de votre proposition, monsieur le sénateur, à savoir la gestion des prestations en nature d'assurance maladie, les dispositions de l'article 39 du présent projet de loi sont claires et ne remettent nullement en question la

possibilité ouverte par les dispositions du code de la sécurité sociale d'effectuer une telle délégation. Il n'est donc pas nécessaire d'ajouter quoi que ce soit.

Sur le second volet, le Gouvernement, à l'instar de la commission, considère qu'il est satisfait compte tenu de la suppression par le Sénat de l'article 12.

Je vous invite donc à retirer cet amendement. À défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Arnell, l'amendement n° 299 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Compte tenu de ces explications, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 299 rectifié est retiré.

L'amendement n° 224 rectifié *ter*, présenté par Mme Canayer, M. Mouiller et Mme Gruny, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 102 rectifié *bis*, présenté par MM. Médevielle, Kern, L. Hervé, Luche, Guerriau, Cadic et Gabouty, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 301 rectifié, présenté par MM. Mézard, Amiel, Arnell, Barbier, Castelli, Collin, Esnot, Fortassin et Hue, Mmes Jouve et Laborde et MM. Requier et Vall, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 334

Remplacer les mots :

Le dernier alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'applique

par les mots :

Les quatre derniers alinéas de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'appliquent

II. – Alinéa 335

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Il s'agit d'un amendement de cohérence rédactionnelle avec l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale, qui vise à homogénéiser les règles applicables à l'ensemble des textes encadrant les délégations de gestion existantes.

Il est ainsi proposé de préciser que les quatre derniers alinéas de l'article L. 160-17 relatifs aux principes de la contractualisation et de la rémunération sont applicables aux délégations données aux mutuelles et/ou aux groupements mutualistes en application de l'article L. 221-4.

Mme la présidente. Les amendements n° 239 rectifié *bis* et 223 rectifié, présentés par Mme Canayer, M. Mouiller et Mme Gruny, ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 301 rectifié ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le I de cet amendement tend à opérer une coordination qui paraît bienvenue à la commission.

Quant au II, il tend à supprimer par coordination le décret fixant les conditions permettant de faire évoluer les délégations en cours. Or ce décret a une portée plus large que celui qui est prévu à l'article L. 160-17, dont l'existence fonde la demande de suppression. À l'article L. 160-17, le décret prévoit la seule possibilité de mettre fin à la délégation tandis que le décret de l'alinéa 335 permet de faire évoluer les délégations en cours sans nécessairement y mettre fin

La commission émet donc un avis favorable sur le I et demande la suppression du II.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Permettez-moi de donner quelques explications. Contrairement aux habilitations dont disposent les mutuelles de fonctionnaires et les mutuelles d'étudiants, les délégations de gestion actuelles du code de la sécurité sociale ont un caractère non automatique et dépendent de la seule appréciation des conseils d'administration des caisses primaires.

L'article 39 du présent projet de loi maintient explicitement en vigueur sans limitation de durée les habilitations qui ont été accordées antérieurement à ce titre. En revanche, il ne sera plus possible pour les CPAM d'accorder à l'avenir de nouvelles habilitations en application de l'article L.211-4.

En réalité, le projet de loi ne fait qu'entériner une situation de fait puisque aucune habilitation n'a été accordée à ce titre depuis plus de trente ans, le nombre de mutuelles agréées dans ce cadre diminuant donc régulièrement.

En distinguant les mutuelles de l'article L.211-4 des autres mutuelles et organismes délégataires, la rédaction actuelle du projet de loi traduit des situations très différentes, tant en droit qu'au regard de leurs perspectives d'évolution respectives.

L'amendement n° 301 rectifié conduit à ne pas tenir compte de ces réalités, et le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur Arnel, souhaitez-vous modifier l'amendement n° 301 rectifié dans le sens suggéré par M. le rapporteur général ?

M. Guillaume Arnell. Plutôt que de voir l'ensemble de l'amendement repoussé, je préfère rectifier ce dernier en supprimant le paragraphe II.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 301 rectifié *bis*, présenté par MM. Mézard, Amiel, Arnell, Barbier, Castelli, Collin, Esnot, Fortassin et Hue, Mmes Jouve et Laborde et MM. Requier et Vall, et ainsi libellé :

Alinéa 334

Remplacer les mots :

Le dernier alinéa de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'applique

par les mots :

Les quatre derniers alinéas de l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale s'appliquent

Quel est l'avis du Gouvernement sur cet amendement ainsi rectifié ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Le Gouvernement maintient son avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 301 rectifié *bis*.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Nous avons entamé l'examen de l'article 39 hier soir tardivement.

Alors que l'on assiste depuis des années à une remise en cause très forte de notre système de protection sociale, les membres de la Haute Assemblée, avec des réponses évidemment contradictoires puisque nous ne sommes pas d'accord entre nous sur le fond, cherchent à aménager le remboursement aux assurés des soins de santé en posant çà et là des « rustines », pour reprendre un terme employé par Jacqueline Fraysse à l'Assemblée nationale.

Les propositions avancées ce matin au sujet des mutuelles sont du même ordre : on essaie d'aménager tant bien que mal un système de protection sociale qui continue de tendre vers une privatisation du système de santé, et ce sans répondre aucunement aux questions tant du renoncement aux soins que du reste à charge pour les patients, y compris les plus fragiles d'entre eux, alors que ces points devraient guider notre réflexion, notamment sur cet article.

Nous le savons pertinemment les uns et les autres, les questions relatives au remboursement des soins – les soins bucco-dentaires, les lunettes, les prothèses auditives – ne sont pas réglées ici, y compris par la CMU, la couverture maladie universelle, la CMU-C, la CMU complémentaire, et l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

On répond donc d'une manière bancale à un problème qui, en fait, pourrait être réglé une bonne fois pour toutes avec une prise en charge à 100 % couvrant tout le panier de soins. Ce mécanisme pourrait concerner les plus fragiles, dans un premier temps, pour s'étendre ensuite à tous les autres patients. Il pourrait également prendre en compte les plus jeunes. Or ce n'est pas réglé.

C'est pourquoi les membres du groupe CRC interviennent à chaque fois sur ce sujet. Mais les réponses diverses qui sont apportées ne sont pas de nature à traiter au fond les besoins en termes de soins. C'est pourquoi nous ne voterons pas l'article 39.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 39, modifié.

M. Jean Desessard. Je vote contre !

(L'article 39 est adopté.)

Article additionnel après l'article 39

Mme la présidente. L'amendement n° 438, présenté par Mme Cohen, M. Bosino, Mme David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaque au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires.

Ce rapport détaille le nombre potentiel de fonctionnaires concernés par cette mesure ainsi que l'impact potentiel du remplacement de la poliomyélite par la sclérose en plaques dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Aujourd'hui, seules cinq pathologies donnent accès au congé de longue durée pour les agents de la fonction publique : le déficit immunitaire grave et acquis, le VIH, le virus de l'immunodéficience humaine, les maladies mentales, les affections cancéreuses, la tuberculose et la poliomyélite.

La sclérose en plaques ne figure pas dans cette liste. Or cette maladie neurologique grave, chronique et invalidante se déclare souvent chez les personnes jeunes, entre vingt et quarante ans, et elle est dégénérative. Ainsi, au bout de quinze ans, 50 % des malades ont des difficultés pour marcher et, au bout de trente ans, la moitié d'entre eux devront utiliser un fauteuil roulant. Les symptômes physiques et cognitifs empêchent souvent le malade de poursuivre une activité professionnelle dans de bonnes conditions.

Après la découverte de la maladie, c'est toute la vie et la carrière professionnelle de ces jeunes patients – trente-trois ans en moyenne au moment de l'annonce de la maladie – qui doivent être recomposées. Les malades ont besoin d'une protection et d'une sécurité que le congé de longue maladie ne garantit pas suffisamment.

Avec le congé de longue maladie, les malades ne peuvent bénéficier que de trois ans de congé, dont une année seulement à plein traitement et deux ans à mi-traitement. Le congé de longue durée permettrait aux agents de la fonction publique atteints de la sclérose en plaques de bénéficier d'un congé de cinq ans, dont deux ans à plein traitement. De plus, ces périodes seraient comptabilisées dans le calcul des droits à la retraite.

Selon nous, la reconnaissance du droit au congé de longue durée pour les fonctionnaires atteints de sclérose en plaques permettrait de corriger une inégalité au niveau de la prise en charge socioprofessionnelle par rapport à d'autres affections médicales plus rares et moins invalidantes.

C'est pourquoi nous souhaitons qu'un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaques au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires soit remis au Parlement. Ce rapport détaillera l'impact potentiel du remplacement de la poliomyélite par la sclérose en plaques dans la liste des pathologies retenues.

En effet, la poliomyélite figure dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée bien qu'elle ait été déclarée éliminée en Europe par l'Organisation mondiale de la santé en 2002. Or tel n'est pas le cas de la sclérose en plaques, qui concernait pourtant, en 2014, d'après l'assurance maladie, 80 000 patients.

Je le sais, la commission des affaires sociales n'est pas favorable à la remise de rapports. Mais celui que nous demandons par l'amendement n° 438 vise véritablement à apporter une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de l'épidémiologie du XXI^e siècle. Cela pourrait permettre la mise en place d'une mesure de justice sociale et de solidarité.

C'est pourquoi je vous invite vraiment, mes chers collègues, à adopter cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Vous le savez, ma chère collègue, nous ne sommes pas très favorables aux demandes de rapport...

Mme Annie David. Oui, je le sais, je l'ai dit !

Mme Laurence Cohen. On peut bouger parfois !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à demander un rapport sur l'admission, au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée, des fonctionnaires atteints d'une sclérose en plaques.

Je dois humblement l'avouer, je ne savais pas que se posait un problème particulier pour les fonctionnaires. Il s'agit incontestablement d'un sujet d'une grande importance. C'est pourquoi la commission aimerait connaître l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Permettez-moi d'apporter quelques précisions sur le congé de longue durée.

Ce congé, qui est accordé lorsque l'agent est atteint de l'une des cinq maladies que vous avez citées, madame la sénatrice – la tuberculose, les maladies mentales, le cancer, la poliomyélite ou le déficit immunitaire grave acquis –, dure jusqu'à cinq ans, dont trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement. Il s'agit là d'une garantie statutaire supplémentaire par rapport au droit commun des assurés du régime général.

La notion de congé de longue durée et celle d'affection de longue durée, que l'on connaît mieux, sont distinctes. Les fonctionnaires peuvent tout à fait bénéficier de ces deux dispositifs liés à la reconnaissance d'affections de longue durée.

Le Gouvernement a engagé avec les organisations syndicales un cycle de concertations portant à la fois sur la santé et sur la sécurité au travail : ce cycle traitera, notamment, de ces questions.

Lors de la création du congé de longue durée, qui date de 1984, me semble-t-il, seuls cinq types de maladie ont été retenus. Pourquoi ne pas intégrer la sclérose en plaques ? Mais dans ce cas, pourquoi ne pas intégrer d'autres maladies chroniques ? Pourquoi demander un rapport spécifique sur l'opportunité d'intégrer dans le dispositif la sclérose en plaques, alors que d'autres maladies chroniques peuvent être aussi fréquentes et aussi invalidantes ?

Tel est l'objet des négociations qui ont été engagées avec les organisations syndicales. Sur le fond, je ne suis pas contre le fait de discuter à nouveau des maladies ouvrant droit à ce congé de longue durée, mais, je le répète, le rapport que vous demandez est uniquement ciblé sur la sclérose en plaques, ce qui paraît quelque peu réducteur. Remettons-nous-en plutôt, madame la sénatrice, aux négociations avec les partenaires sociaux !

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est, en définitive, l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. J'ai bien entendu l'argumentation de notre collègue Annie David sur la sclérose en plaques. Cette affection chronique de longue durée, qui est particulière, pourrait être considérée comme la remplaçante – malheureusement, bien évidemment ! – de la poliomyélite, même si les origines de la maladie et l'épidémiologie sont différentes.

En effet, c'est une affection de longue durée dont, on le sait, on ne guérit pas, même si la maladie peut être stabilisée. Au fil des années, cette maladie devient de plus en plus invalidante sur le plan tant physique que psychologique d'ailleurs.

L'attention portée à cette maladie n'est pas anodine. Les cinq maladies retenues dans la liste ouvrant droit aux congés de longue durée recouvrent un ensemble de pathologies très vaste. Il importe d'accorder une importance toute particulière à la sclérose en plaques, une maladie particulièrement fréquente dans notre région d'ailleurs – je ne sais comment cela s'explique, mais là n'est pas le sujet.

Cette maladie extrêmement invalidante, je le répète,...

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Personne ne le conteste !

Mme Catherine Génisson. ... éloigne souvent les personnes qui en sont atteintes de leur travail et de leur famille et crée un isolement, avec une fin qui se traduit parfois malheureusement par le suicide. Il convient donc de faire un focus particulier sur cette pathologie, notamment chez les agents de la fonction publique.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. La sclérose en plaques est une affection très particulière dans la mesure où l'évolution de la maladie est variable d'un patient à l'autre : la maladie peut évoluer lentement chez certains, alors qu'elle se caractérise par des poussées chez d'autres, avec des périodes de rémission qui peuvent durer plusieurs années. S'agissant de la sclérose en plaques, la notion de maladie de longue durée ne peut donc être appréciée que rétrospectivement. Ce n'est par conséquent pas facile.

Quoi qu'il en soit, je voterai cet amendement compte tenu de la discordance dans la reconnaissance de la maladie entre le régime général de la sécurité sociale et celui de la fonction publique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je tiens à remercier Mme la secrétaire d'État ainsi que M. le rapporteur général des explications qu'ils ont fournies.

Mme la secrétaire d'État nous a informés que des négociations étaient en cours. S'il est intéressant que les partenaires sociaux de la fonction publique mènent une réflexion sur l'évolution éventuelle de la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée, le Gouvernement pourrait, en parallèle – dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il s'agit bien ici du ministère de la santé –, élaborer un rapport sur la sclérose en plaques, afin de disposer

d'informations encore plus précises sans doute sur les évolutions possibles de cette maladie. Ainsi, les partenaires sociaux seraient mieux armés pour négocier la prise en compte ou non de cette maladie dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée.

C'est pourquoi nous maintenons notre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 438.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 39.

Article 39 bis (nouveau)

Au premier alinéa de l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée » sont supprimés. – *(Adopté.)*

Article 39 ter (nouveau)

- ① À titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, une personne bénéficiant du droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 du code de la sécurité sociale et ayant renouvelé, après le 30 juin 2015, un contrat ne figurant pas sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code peut demander la résiliation de ce contrat à tout moment, sans frais ni pénalités. Cette possibilité de résiliation est conditionnée à la souscription d'un contrat figurant sur cette même liste.
- ② La résiliation prend effet le lendemain de l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste.
- ③ Le troisième alinéa de l'article L. 113-15-1 du code des assurances et le dernier alinéa des articles L. 221-10-1 du code de la mutualité et L. 932-21-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux résiliations effectuées en application du présent article.

Mme la présidente. L'amendement n° 336 rectifié, présenté par M. Husson, Mme Morhet-Richaud, MM. Bouchet, Savary, Carle et Mandelli, Mme Lamure, M. Mouiller, Mmes Deroche, Canayer et Deromedi et M. Lefèvre, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

le lendemain de

par les mots :

au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Aux termes de l'article 39 ter du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS, ayant renouvelé après le 30 juin 2015 un contrat non sélectionné pourront, jusqu'au 30 juin 2016, résilier ce contrat à tout moment, afin de souscrire l'un des contrats sélectionnés et de pouvoir continuer à utiliser leur chèque ACS.

Le présent amendement a pour objet de fixer la prise d'effet de la résiliation au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi par l'assuré des documents prévus à l'alinéa 2, à l'instar de ce qui est prévu pour la

résiliation des primo-accédants à l'ACS. Notre intention est de laisser aux organismes assureurs un délai suffisant pour prendre en compte la demande de résiliation et de prévenir les difficultés de gestion, mais aussi les risques de contentieux pour les bénéficiaires, qui résulteraient du délai d'un jour prévu par l'alinéa 2 dans sa rédaction actuelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les auteurs de cet amendement soulignent qu'il est impossible aux organismes assureurs de résilier un contrat le lendemain de l'envoi par l'assuré de sa demande. Ils proposent de se régler sur le délai prévu pour les primo-accédants à l'ACS, ce qui paraît conforme aux exigences de la pratique. Reste à savoir si les assurés concernés seront contraints de payer un mois supplémentaire de cotisation ou s'ils seront remboursés de la somme correspondante ; la commission attend du Gouvernement des éclaircissements à ce sujet. En ce qui concerne l'amendement, elle s'en remet à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. C'est précisément pour épargner aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé une double cotisation que le délai de résiliation a été fixé à un jour à compter de l'envoi de la demande. Remarquez, mesdames, messieurs les sénateurs, que la loi prévoit déjà la prise d'effet au lendemain de certaines résiliations, notamment en cas de défaut d'information des organismes d'assurance : preuve qu'il n'y a pas d'impossibilité pratique.

J'entends bien la préoccupation des auteurs de l'amendement de garantir aux assureurs un délai suffisant, afin de prévenir les difficultés de gestion et les risques de contentieux. Néanmoins, celui qu'ils proposent me paraît un peu trop long, d'autant que le chevauchement des contrats entraînera bien, monsieur le rapporteur général, une double cotisation. Dans ces conditions, je m'en remets à la sagesse du Sénat sur l'amendement, en souhaitant que la discussion se poursuive en vue de limiter la période de chevauchement et, partant, la double cotisation.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 336 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 39 ter, modifié.

(L'article 39 ter est adopté.)

Article 40

- ① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IX ainsi rédigé :
- ② « CHAPITRE IX
- ③ « *Prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme*
- ④ « Section 1
- ⑤ « *Dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme*
- ⑥ « Art. L. 169-1. – La présente section est applicable aux personnes victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte dans des conditions précisées par décret et dont l'identité a été communiquée par

l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.

- 7 « Art. L. 169-2. – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 :
- 8 « 1° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, pour les hospitalisations résultant directement de l'acte de terrorisme ;
- 9 « 2° L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne les indemnités journalières mentionnées à l'article L. 321-1, pour les prestations rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;
- 10 « 3° Le délai et les sanctions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 321-2, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme ;
- 11 « 4° La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 160-13, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;
- 12 « 5° La participation forfaitaire mentionnée au premier alinéa du II du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;
- 13 « 6° La franchise mentionnée au premier alinéa du III du même article, pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;
- 14 « 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1, pour les incapacités de travail rendues nécessaires par l'acte de terrorisme ;
- 15 « 8° Les délais mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 441-2, lorsque l'accident de travail résulte d'un acte de terrorisme ;
- 16 « 9° Le délai et la durée minimale d'affiliation mentionnés au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, le délai et la sanction mentionnés au sixième alinéa du même article, le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 751-26 du même code, le délai mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 dudit code et le délai et la sanction mentionnés au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code, pour les interruptions de travail résultant de l'acte de terrorisme.
- 17 « Art. L. 169-3. – Dès lors que leur délivrance résulte directement de l'acte de terrorisme, les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 sont remboursés dans la limite des frais réellement exposés, sans pouvoir excéder des limites fixées par arrêté en référence aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3.
- 18 « Art. L. 169-4. – Hors le cas des consultations de suivi psychiatrique mentionnées à l'article L. 169-5, les articles L. 169-2 et L. 169-3 sont applicables, pour chaque personne mentionnée à l'article L. 169-1, à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu.
- 19 « Art. L. 169-5. – Pour les consultations de suivi psychiatrique résultant de l'acte de terrorisme, le droit à l'exonération prévue aux 4° et 5° de l'article L. 169-2 peut être ouvert pendant une période de dix ans à

compter de la survenance de l'acte de terrorisme. La durée du bénéfice du présent article ne peut excéder deux ans.

- 20 « Section 2
- 21 « **Dispositions applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme**
- 22 « Sous-section 1
- 23 « Capital décès
- 24 « Art. L. 169-6. – L'article L. 313-1 en tant qu'il concerne l'assurance décès n'est pas applicable lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.
- 25 « Sous-section 2
- 26 « Consultations de suivi psychiatrique
- 27 « Art. L. 169-7. – L'article L. 169-5 est applicable aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme dont l'identité a été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au fonds de garantie mentionné au premier alinéa de l'article L. 422-1 du code des assurances.
- 28 « Les proches parents, au sens du présent article, sont :
- 29 « 1° Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- 30 « 2° Les ascendants jusqu'au troisième degré ;
- 31 « 3° Les descendants jusqu'au troisième degré ;
- 32 « 4° Les frères et sœurs.
- 33 « Art. L. 169-8. – (Supprimé)
- 34 « Section 3
- 35 « **Dispositions communes**
- 36 « Art. L. 169-9. – Les caisses versent directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ainsi qu'aux établissements de santé le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 et à l'article L. 169-3.
- 37 « Art. L. 169-10. – Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours des périodes mentionnées, respectivement, aux articles L. 169-4 et L. 169-5, ce changement est sans incidence sur l'appréciation de la durée prévue aux mêmes articles.
- 38 « Art. L. 169-11. – Le financement des dépenses résultant des articles L. 169-2 et L. 169-6 est assuré par l'État.
- 39 « Pour la mise en œuvre de l'article L. 169-3, l'État prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.
- 40 « Art. L. 169-12. – Pour la mise en œuvre des articles L. 169-2 à L. 169-9, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie.
- 41 « Art. L. 169-13. – Un décret détermine les modalités d'application des sections 1 et 2 du présent chapitre et de la présente section 3.
- 42 « Section 4
- 43 « **Dispositions communes à plusieurs régimes de réparation**

- 44 « *Art. L. 169-14.* – Pour la mise en œuvre de l'article 9 de la loi n° 86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, de l'article 26 de la loi n° 90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé et du présent code, une expertise médicale commune est diligentée à l'initiative du fonds mentionné à l'article L. 422-1 du code des assurances, dans des délais et conditions fixés par décret. »
- 45 II. – Le 1° de l'article L. 1226-1 du code du travail est complété par les mots : « , sauf si le salarié fait partie des personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale ».
- 46 III. – Après le chapitre I^{er} du titre II de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* ainsi rédigé :
- 47 « *CHAPITRE I^{ER} BIS*
- 48 « *Procédure exceptionnelle en cas de survenance d'un acte de terrorisme*
- 49 « *Art. 21-3.* – Le présent chapitre est applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 169-1 du code de la sécurité sociale.
- 50 « *Art. 21-4.* – Ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 :
- 51 « 1° La participation de l'assuré mentionnée à l'article 20-2 pour les prestations, actes et consultations résultant de l'acte de terrorisme ;
- 52 « 2° Le premier alinéa de l'article 20-6 et le délai mentionné au premier alinéa de l'article 20-7 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme ;
- 53 « 3° Le délai mentionné au dernier alinéa de l'article 20-10-2 pour les indemnités journalières résultant de l'acte de terrorisme.
- 54 « *Art. 21-5.* – Le 7° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance.
- 55 « *Art. 21-6.* – L'arrêté prévu à l'article L. 169-3 du code de la sécurité sociale est applicable aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance.
- 56 « *Art. 21-7.* – Les articles L. 169-4 et 169-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnes mentionnées à l'article 21-3 de la présente ordonnance, sous réserve des adaptations suivantes :
- 57 « 1° À l'article L. 169-4, la référence à l'article L. 169-2 du même code est remplacée par la référence aux articles 21-4 et 21-5 de la présente ordonnance ;
- 58 « 2° À l'article L. 169-5, la référence au 4° de l'article L. 169-2 dudit code est remplacée par la référence au 1° de l'article 21-4 de la présente ordonnance.
- 59 « *Art. 21-8.* – Les articles L. 169-6 et L. 169-7 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte sous réserve, pour la référence à l'article L. 169-5 du même code, des adaptations prévues au 2° de l'article 21-7 de la présente ordonnance.
- 60 « *Art. 21-9.* – La caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations ainsi qu'aux

établissements de santé le montant des prestations mentionnées au 1° de l'article 21-4 et par l'arrêté prévu à l'article 21-6.

- 61 « *Art. 21-10.* – Le financement des dépenses mentionnées au présent chapitre est assuré par l'État.
- 62 « Pour l'application de l'article 21-6, l'État prend en charge la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés.
- 63 « *Art. 21-11.* – Un décret détermine les modalités d'application du présent chapitre. »
- 64 IV (*nouveau*). – Après le cinquième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 65 « – L. 169-1 à L. 169-11 ; ». – (*Adopté.*)

Article 41

- 1 I. – Le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 ».
- 2 II. – Au deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, les mots : « et la prise en charge de contraceptifs » sont remplacés par les mots : « de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, ».

Mme la présidente. L'amendement n° 453, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer la référence :

L. 322-3

par la référence :

L. 160-14

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 453.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 41, modifié.

(*L'article 41 est adopté.*)

Article 41 bis (*nouveau*)

- 1 Après le 22° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 23° ainsi rédigé :

- ② « 2^o Lorsque l'assuré ne relève ni du 3^o ni du 10^o mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'État, pour les frais d'exams de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret. » – (Adopté.)

Article 41 *ter* (nouveau)

- ① I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Au troisième alinéa, après la deuxième occurrence du mot : « article », est insérée la référence : « , à l'article L. 323-3 » ;
- ③ 2^o À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », est insérée la référence : « et à l'article L. 323-3 ».
- ④ II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

Mme la présidente. L'amendement n° 452, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – L'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Au troisième alinéa, la référence : « L. 321-1 » est remplacée par la référence : « L. 160-8 », les mots : « au 5^o du même article » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 » et la référence : « L. 322-2 » est remplacée par la référence : « L. 160-13 ».

2^o À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « 5^o de l'article L. 321-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 321-1 et à l'article L. 323-3 ».

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit à nouveau d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 452.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 41 *ter* est ainsi rédigé.

Chapitre II

PROMOTION DE LA PRÉVENTION ET PARCOURS DE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE

Article 42

- ① L'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 162-12-21. – I. – Un contrat de coopération pour les soins visuels peut être conclu avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie, en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un auxiliaire médical.

- ③ « Ce contrat, conclu pour une durée de trois ans non renouvelable, prévoit des engagements individualisés qui portent notamment sur l'augmentation du nombre de patients différents reçus en consultations, le respect des tarifs conventionnels et les actions destinées à favoriser la continuité des soins. Il détermine des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention. Il prévoit les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le médecin, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs.

- ④ « Ce contrat est conforme à un contrat type défini par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. À défaut d'accord avant le 1^{er} septembre 2016, un contrat type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

- ⑤ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions particulières requises pour conclure un contrat de coopération, notamment en ce qui a trait à la profession de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement.

- ⑥ « II. – Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie peuvent conclure un contrat collectif pour les soins visuels avec les maisons de santé et les centres de santé adhérents à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1, en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de ces structures.

- ⑦ « Le contrat collectif pour les soins visuels, d'une durée de trois ans, prévoit les engagements respectifs des parties, qui portent notamment sur le respect des tarifs conventionnels et l'organisation des soins.

- ⑧ « Ce contrat est conforme à un contrat type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés, des organisations représentatives des centres de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

- ⑨ « Une évaluation annuelle du contrat collectif pour les soins visuels, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part, sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement et aux partenaires conventionnels en vue de l'intégration de ce contrat dans la négociation, à compter du 1^{er} janvier 2018, d'un accord conventionnel interprofessionnel mentionné au II de l'article L. 162-14-1.

- ⑩ « III. – Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent des contrats définis au présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3^o du D du I de l'article L. O. 111-3. »

Mme la présidente. L'amendement n° 314, présenté par M. Barbier, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 14 rectifié *bis* est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel, MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle et Gabouty, Mmes Loïsier et Doineau et MM. Delahaye, Canevet et Delcrois.

L'amendement n° 187 est présenté par M. Pozzo di Borgo.

L'amendement n° 222 est présenté par M. Cardoux, Mme Cayeux, M. Laufoaulu, Mme Mélot, MM. Ponia-towski, G. Bailly, J.P. Fournier, Trillard, Chasseing, Mouiller, Houel, D. Laurent et César, Mmes Primas, Morhet-Richaud, Procaccia et Imbert, M. Fontaine, Mme Lamure, MM. Bouchet, D. Robert, Calvet et Vaspart, Mme Micouleau, MM. Delattre, Leleux et Mayet, Mme Kammermann, M. B. Fournier, Mmes Deroche et Canayer, M. Raison, Mme Des Esgaulx, MM. Falco et Savary, Mme Deseyne, MM. Revet et Lenoir, Mme Duchêne, MM. Pierre, Husson, Longuet et Doligé, Mme Lopez et MM. Pinton et Chaize.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 2

Remplacer les mots :

auxiliaire médical

par le mot :

orthoptiste

II. – Alinéa 3, deuxième phrase

1° Après le mot :

formation

insérer les mots :

, si celle-ci s'avère nécessaire,

2° Remplacer les mots :

auxiliaire médical

par le mot :

orthoptiste

III. – Alinéa 5

Remplacer les mots :

, notamment en ce qui a trait à la profession de l'auxiliaire médical et aux modalités de son recrutement

par les mots :

avec la profession d'orthoptiste

Les amendements n°s 14 rectifié *bis* et 187 ne sont pas soutenus.

La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour présenter l'amendement n° 222.

M. Jean-Noël Cardoux. Le nombre d'amendements ayant été déposés pour substituer le mot « orthoptiste » à l'expression « auxiliaire médical » montre que la formulation actuelle suscite une très vive opposition.

Le projet de loi relatif à la santé prévoit, à juste titre, une meilleure reconnaissance des orthoptistes, qui viennent en aide aux ophtalmologistes. Compte tenu de la pénurie de médecins et de la longueur des délais d'obtention d'un rendez-vous dans ce domaine, il n'est certainement pas opportun de remettre en cause cette revalorisation, au risque de décourager des vocations et de mal reconnaître l'effort et le mérite. Pourquoi, en effet, des jeunes motivés par la carrière d'orthoptiste se donneraient-ils de la peine pour passer des diplômes si, *in fine*, ils peuvent être remplacés par d'autres auxiliaires médicaux, dont l'activité est tout à fait louable, mais qui n'ont pas consenti un effort d'études équivalent ? Ce problème se pose, d'ailleurs, dans d'autres professions. N'encourageons pas le nivellement par le bas.

Tel est la raison du dépôt de cet amendement ; j'espère que le Sénat, dans sa sagesse, adoptera ce texte.

Mme la présidente. L'amendement n° 357 rectifié *bis*, présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Champion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, MM. Botrel, Duran, Camani et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 2 et 3, deuxième phrase

Remplacer les mots :

auxiliaire médical

par le mot :

orthoptiste

II. – Alinéa 5

Supprimer les mots :

à la profession de l'auxiliaire médical et

La parole est à Mme Claire-Lise Champion.

Mme Claire-Lise Champion. L'ophtalmologiste occupe une place centrale dans le parcours de soins visuels. Or l'encombrement auquel on assiste dans cette spécialité, comme dans un certain nombre d'autres, sous l'effet du déclin de la démographie médicale et de l'accroissement de la demande de soins, accentué par le vieillissement de la population, porte gravement préjudice aux patients.

Pour remédier à cette situation, plusieurs solutions ont été avancées, reposant notamment sur le renforcement des coopérations professionnelles, qui représente un véritable levier de modernisation de l'offre de soins visuels.

L'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale offre aux professionnels de santé de la filière visuelle toutes les garanties propres à leur permettre de mettre en place plus rapidement des coopérations structurées. Les auteurs de cet amendement souhaitent que la possibilité pour les médecins spécialisés en ophtalmologie d'établir un contrat de coopération pour les soins visuels soit réservée au recrutement ou à la formation d'orthoptistes.

En effet, les notions d'auxiliaire médical et de professionnel paramédical de rééducation et de réadaptation couvrent, au-delà des seuls orthoptistes, des professionnels aussi divers que les audioprothésistes ou les orthésistes. Compte tenu de la variété des formations de ces professionnels, il nous semble important de réserver clairement aux orthoptistes les contrats de coopération conclus par les ophtalmologistes. Cette

mesure serait en cohérence avec l'article 32 *quater* A du projet de loi relatif à la santé, qui met en valeur les orthoptistes et le rôle joué par ceux-ci, « dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin ».

Mme la présidente. L'amendement n° 294 rectifié, présenté par MM. Amiel, Barbier, Arnell, Bertrand, Castelli, Collin, Collombat, Esnol, Fortassin, Guérini et Hue, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 2, 3, deuxième phrase, et 5

Remplacer les mots :

auxiliaire médical

par le mot :

orthoptiste

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Comme les orateurs précédents l'ont expliqué, l'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale incite les ophtalmologistes à nouer des coopérations avec des auxiliaires médicaux.

Nous nous félicitons de la mise en place du contrat de coopération dans une filière visuelle dont la situation est alarmante et où l'accès aux soins est particulièrement difficile. En effet, les expérimentations menées à partir d'initiatives territoriales ont montré que la coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes conduisait à un accroissement du nombre de consultations, les premiers étant en mesure de se concentrer sur leurs missions de diagnostic et de prescription et sur leurs activités chirurgicales.

Néanmoins, nous trouvons que la notion d'auxiliaire médical, à laquelle l'article 42 fait référence, est beaucoup trop générale : elle laisse à penser que les ophtalmologistes pourraient nouer des coopérations avec des auxiliaires médicaux dont la formation initiale n'a pas de lien avec l'enseignement des problématiques purement visuelles ; disant cela, je pense notamment aux infirmiers, aux kinésithérapeutes, aux psychomotriciens ou des ergothérapeutes.

Voilà pourquoi nous proposons de faire référence aux orthoptistes, qui seuls ont suivi une formation initiale spécifique dans le domaine des soins visuels.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si je comprends bien l'intention des auteurs des amendements n°s 222, 357 rectifié *bis* et 294 rectifié, et s'il ne me paraît pas absurde de réserver la coopération avec les ophtalmologistes à des professionnels spécifiquement formés aux soins visuels, les modifications proposées m'inspirent trois réserves.

D'abord, je ne suis pas certain que les orthoptistes diplômés en activité soient suffisamment nombreux pour répondre aux besoins. L'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale estime à 600, sur 2 056 exerçant dans le secteur 1, le nombre d'ophtalmologistes qui concluront un contrat individuel d'ici à 2017. Il me semble que cette proportion de 30 % devrait nous faire réfléchir. Cette première réserve est à mes yeux la plus importante.

Ensuite, il me semble que, contrairement à ce qu'affirment les auteurs de ces amendements, l'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale offre toutes les garanties

de sécurité, dans la mesure où son alinéa 2 précise que le contrat de coopération permettra à l'ophtalmologiste de recruter ou de former un auxiliaire médical.

Enfin, je me demande, madame la secrétaire d'État, pourquoi le Gouvernement a choisi de faire référence aux auxiliaires médicaux de manière générale, et non aux seuls orthoptistes, vu que, de toute évidence, il ne s'agissait pas d'inciter les pédicures-podologues ou les diététiciens à coopérer avec des ophtalmologistes.

Je fais remarquer au Sénat que la formulation large permet notamment aux opticiens-lunetiers formés en optométrie de coopérer avec les ophtalmologistes. Je ne me prononcerai pas sur le problème de fond de la reconnaissance de l'optométrie, dont nous avons abondamment débattu lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé et qui nécessite encore des réflexions approfondies. Je fais seulement observer que le partage des tâches entre médecins ophtalmologistes et optométristes salariés existe déjà, au sein non seulement des cabinets libéraux, mais aussi de certains services hospitaliers. De fait, les optométristes peuvent fournir une aide non négligeable pour la mesure de la réfraction.

Nous nous apprêtons à pérenniser une fois encore la situation décrite comme « ubuesque » par l'inspection générale des affaires sociales dans son récent rapport *Restructuration de la filière visuelle* : « L'optométrie existe, mais l'optométriste non ! Ou plutôt, l'optométriste n'est pas autorisé à pratiquer le métier pour lequel il a été formé. » Ce point a déjà été largement développé, notamment lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. Quand donc cesserons-nous de former des jeunes pour une profession qui n'offre aucun débouché ?

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, il vous faut conclure.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission, ayant examiné ces considérations, s'est déclarée favorable aux amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Les différents amendements qui sont proposés visent tous à préciser que les médecins ophtalmologistes ne peuvent conclure un contrat de coopération qu'avec les seuls orthoptistes, les termes « auxiliaires médicaux » utilisés dans l'article étant jugés trop génériques.

Notre objectif à tous est d'améliorer l'accès aux soins visuels en diminuant les délais d'attente. Dans le rapport que vous avez évoqué, monsieur le rapporteur général, l'IGAS a souligné que le « travail aidé » dans les cabinets d'ophtalmologie permettrait d'augmenter jusqu'à 35 % l'activité de soins.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où de tels contrats seraient limités aux seuls orthoptistes, vous vous demandez, monsieur le rapporteur général, si ces professionnels seront en nombre suffisant pour conclure de tels contrats. Je vous indique donc que, en 2014, la France comptait 4 486 orthoptistes en exercice, dont 2 147 à titre libéral. C'est un nombre élevé.

Au-delà du nombre, ce qui est important, c'est que l'on observe actuellement une croissance très forte du nombre de nouveaux orthoptistes, cette profession étant en pleine expansion.

Il est vrai que les orthoptistes sont les seuls qui, compte tenu de leur formation initiale, peuvent être formés très rapidement, car ils disposent déjà d'une grande partie des connaissances requises. Notre objectif étant le développement rapide de ces contrats, la meilleure façon de l'atteindre et de réduire les délais d'attente est donc d'avoir recours aux orthoptistes.

Le Gouvernement partage votre point de vue, mesdames, messieurs les sénateurs, selon lequel il ne faut permettre la conclusion de contrats de coopération qu'avec les seuls orthoptistes dans un premier temps. Cette possibilité pourra ensuite, dans un second temps, être étendue, sur le fondement d'une évaluation scientifique, à d'autres professions paramédicales, comme les infirmiers, les opticiens-lunetiers, sous réserve, bien entendu, d'une formation adéquate, comme celle qui a été validée par la Haute Autorité de santé dans le cadre des protocoles de délégation.

J'émet donc un avis favorable sur l'ensemble de ces amendements, mais je suis évidemment plus favorable à celui qui a été défendu par Mme Campion, qui me semble rédigé de façon bien plus précise que les autres. (*Sourires.*) Je suggère donc aux auteurs des autres amendements de bien vouloir les retirer, car ils seront satisfaits. (*Nouveaux sourires.*)

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Alors que nous avons eu l'occasion d'évoquer les métiers de la filière visuelle lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé et que nous en reparlons aujourd'hui dans le cadre du PLFSS pour 2016, j'ai l'impression que tout le monde n'est pas bien informé sur les différents métiers de la filière visuelle – les opticiens, les ophtalmologistes, les orthoptistes, les optométristes.

Je l'ai déjà dit à Mme la ministre de la santé, et je le répète aujourd'hui, il aurait été à mon avis préférable, madame la secrétaire d'État, plutôt que d'introduire au compte-gouttes des dispositions sur ces métiers dans différents textes, de faire une loi globale sur la filière visuelle reprenant l'ensemble de l'excellent rapport de Mme Voynet et définissant clairement ces différents métiers. Cela aurait permis à l'ensemble de la représentation nationale, au Sénat et à l'Assemblée nationale, d'être véritablement bien informée sur les métiers.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Il est vrai que nous avons déjà très longuement évoqué la filière ophtalmologique lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé.

Dans le rapport relatif à la coopération entre professionnels de santé que nous avons rédigé ensemble, monsieur le président de la commission des affaires sociales, nous insistions sur l'importance des coopérations interprofessionnelles pour la qualité tant des soins apportés à nos concitoyens que de l'exercice des professions médicales et paramédicales.

Les propositions qui sont faites aujourd'hui concernant la reconnaissance et le financement de la filière ophtalmologique ont une logique. Lors du débat sur ces sujets avec Mme la ministre de la santé, nombre d'entre nous avaient proposé la reconnaissance de la spécialisation d'optométriste. Mme la ministre ayant jugé qu'elle n'avait pas lieu d'être en France pour l'instant, nous nous étions entendus pour considérer que l'orthoptiste était le collaborateur privilégié des ophtalmologistes. Dès lors, on peut s'étonner aujourd'hui

que le PLFSS étende la disposition proposée aux auxiliaires médicaux. Certes, on peut concevoir qu'elle soit étendue à d'autres catégories professionnelles, dont les infirmières et les opticiens, pour qui j'ai le plus grand respect. Toutefois, l'opticien n'exerce pas une fonction de soin. Il accompagne les soins, mais il est dans une logique commerciale. Je vois donc mal comment pourraient exercer dans un même cabinet à la fois un ophtalmologiste et un opticien. Cela me semble assez compliqué.

Néanmoins, l'adoption de l'amendement n° 357 rectifié *bis*, défendu par Mme Claire-Lise Campion, sur lequel vous avez émis un avis favorable, madame la secrétaire d'État, sera une avancée importante pour la filière ophtalmologique. Pour ma part, une telle évolution me paraît réellement nécessaire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Le groupe CRC s'étonne également qu'il ne soit nullement fait mention des orthoptistes dans le présent article. Comme cela a été souligné à plusieurs reprises, il considère que les termes « auxiliaires médicaux » sont trop génériques, car ils peuvent désigner des professions n'ayant rien à voir avec la filière visuelle, comme les métiers d'orthophoniste ou de pédicure.

Comme vous l'avez indiqué, madame la secrétaire d'État, le métier d'orthoptiste se développe. L'orthoptiste intervient sur les troubles visuels notamment, mais également, je le souligne, dans la rééducation des troubles du langage écrit. Des partenariats existent souvent entre orthophonistes et orthoptistes pour traiter un certain nombre de troubles, telles la dyslexie et la dysorthographe. Il me semble donc important que des définitions précises soient données dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et qu'une catégorie professionnelle si importante dans la filière visuelle ne soit pas négligée.

J'ai craint un instant, compte tenu des réserves que vous avez formulées, madame la secrétaire d'État, que vous n'émettiez un avis défavorable sur ces amendements, mais j'ai été rassurée par la fin de votre intervention.

Le groupe CRC votera bien sûr ces amendements, qui vont tous dans le même sens, même si l'un d'eux vous semble « rédigé de façon plus précise », madame la secrétaire d'État.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je dois dire que les arguments avancés sur cette question me surprennent. Je pense moi aussi que la formation doit être la meilleure, la plus spécialisée. Toutefois, il faut faire attention, car l'un des problèmes de la médecine est son hyperspécialisation. Le résultat est qu'il faut attendre très longtemps pour voir un spécialiste.

Alors qu'Emmanuel Macron considère que les avocats peuvent faire le travail des notaires et les postiers celui des moniteurs d'auto-école, qu'il veut débloquent certaines professions, on sent ici au contraire une volonté d'accroître la spécialisation et de bloquer certaines professions. Vous allez me dire que ce n'est pas la même chose.

Pour ma part, je pense qu'il faut appliquer une logique globale. Je ne comprends pas pourquoi il y aurait spécialisation dans certains secteurs, mais pas dans d'autres. Si l'on veut lutter contre les corporatismes, il faut le faire dans tous les secteurs !

Je m'abstiendrai sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

M. Jean-Louis Tourenne. Bien entendu, je voterai ces amendements visant à raccourcir le délai d'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste, car les délais d'attente sont devenus intolérables et inacceptables.

Le mot « optométriste » doit être un gros mot, car il ne figure dans aucun document officiel. L'optométrie existe, mais pas les optométristes, ainsi que l'a dit tout à l'heure M. le rapporteur général. Or, alors que ces professionnels ont reçu une formation de niveau master 2, prise en charge par l'État, et qu'ils sont capables de déterminer les lunettes ou les lentilles que peut porter un patient, ils n'ont aucune existence officielle. On ne sait que faire d'eux alors qu'ils pourraient apporter énormément en contribuant à réduire les délais d'attente.

Indépendamment des amendements en discussion, je souhaite que l'on donne un statut à ces professionnels afin qu'ils puissent être utiles à la nation et aux Français, à qui ils peuvent apporter beaucoup.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Il est difficile d'y voir clair! (*Rires.*)

Ce dossier est sensible et tout ce qui vient d'être dit est vrai. Il n'est pas possible de devoir attendre quelquefois jusqu'à un an avant de pouvoir consulter un ophtalmologiste, parfois juste pour faire changer une paire de lunettes!

Il faut avoir l'esprit clair pour y voir clair. À cet égard, je rappelle donc que si l'orthoptiste pose des diagnostics, il réalise surtout des soins sur prescription médicale. L'optométriste, quant à lui, pose des diagnostics. Et c'est là que le bât blesse, il faut bien le dire, et que des problèmes peuvent naître: les ophtalmologistes veulent bien que l'optométrie soit une compétence, mais ils ne veulent pas que cela devienne un métier.

Pour ma part, je voterai ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Le groupe Les Républicains votera bien évidemment l'amendement n° 222 défendu par M. Cardoux.

M. Desessard trouve que la médecine est trop spécialisée. Oui, s'agissant de la filière visuelle, l'ophtalmologie devient hyperspécialisée. Il y a certes des ophtalmologistes qui font le diagnostic des pathologies, mais de plus en plus de ces praticiens sont spécialisés dans une partie ou une pathologie de l'œil: certains le sont dans la cataracte ou dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge, d'autres dans la rétine ou le strabisme. Une telle spécialisation résulte des progrès de la médecine. Sincèrement, si je devais consulter, j'irais chez le praticien le plus spécialisé dans le segment de l'œil devant être traité!

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Le nombre d'interventions sur ces amendements montre que le sujet évoqué est un point important de ce texte. Après l'examen du projet de loi relatif à la santé, nous contribuons, avec ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, à répondre à un problème

grave pour l'ensemble de nos concitoyens: le long délai d'attente – parfois six mois voire plus – pour pouvoir consulter un ophtalmologiste.

La filière visuelle – je suis plutôt en accord avec les propos tenus tout à l'heure par le président de la commission des affaires sociales – comprend aujourd'hui trois professions: les opticiens, les orthoptistes et les ophtalmologistes. Parfaitement cohérente, elle est à même d'assurer un parcours de soins raccourci par rapport aux délais précédemment constatés.

Les optométristes existent en France. Toutefois, le métier, à la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays, n'est pas reconnu, le choix n'ayant pas été fait jusqu'à présent de le reconnaître. Les optométristes sont aussi des opticiens et peuvent donc continuer à pratiquer dans notre pays, mais sans être inclus dans la filière.

Il faut se féliciter aujourd'hui que le problème rencontré en matière d'accès aux ophtalmologistes ait été traité et que l'on ait ainsi répondu à ce qui constituait un véritable problème de santé publique.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 222.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que le Gouvernement a demandé le retrait de cet amendement au bénéfice de l'amendement n° 357 rectifié *bis*.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 54:

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	332
Pour l'adoption	332

Le Sénat a adopté.

En conséquence, les amendements n° 357 rectifié *bis* et 294 rectifié n'ont plus d'objet.

Je constate en outre que l'amendement n° 222 a été adopté à l'unanimité des suffrages exprimés.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 40 rectifié, présenté par M. Cigolotti, Mme Gatel, MM. Médevielle, Pozzo di Borgo et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé:

I. – Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots:

, et les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par les maisons et centres de santé ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Une évaluation annuelle des contrats mentionnés aux I et II est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. C'est par souci d'équité de traitement que nous présentons cet amendement, visant à permettre aux structures pluri-professionnelles de bénéficier, dès 2016, d'une contrepartie financière lorsqu'elles mettent en place des coopérations entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux.

L'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a pour objet d'inciter les ophtalmologistes à développer des coopérations avec des auxiliaires médicaux, notamment les orthoptistes.

Cette mesure concerne aussi bien les ophtalmologistes travaillant seuls en cabinet que ceux qui exercent dans une maison ou un centre de santé.

Toutefois, alors qu'une contrepartie financière est prévue dans le premier cas, tel n'est pas le cas dans le second : la rémunération des maisons et centres de santé au titre de ces coopérations est une simple possibilité, qui ne pourrait intervenir, le cas échéant, qu'à compter de 2018 et dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel.

Une telle différence de traitement ne va pas dans le sens du développement des maisons et centres de santé, qui sont pourtant des outils essentiels en matière d'accès aux soins et d'amélioration de l'efficacité de notre système de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 417, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 7

Compléter cet alinéa par les mots :

, et les contreparties financières qui sont liées à l'atteinte des objectifs par les centres de santé ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs

II. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Une évaluation annuelle des contrats mentionnés aux I et II est réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Comme d'autres spécialités, la filière visuelle est marquée par d'importantes difficultés d'accès pour les patients – en moyenne deux mois d'attente – et par des niveaux de dépassements élevés au regard des tarifs conventionnels.

Je veux concentrer mon propos sur le cœur de notre amendement, à savoir une différence de traitement entre le secteur libéral et les centres de santé au sein de l'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans cet article, est prévue la création d'un contrat en vue d'aider financièrement les médecins ophtalmologistes, notamment ceux du secteur 1, à employer un orthoptiste. Il s'agit d'un dispositif d'incitation au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques. L'objectif est d'accroître le nombre de ces consultations en permettant aux ophtalmologistes de se concentrer sur leurs missions de diagnostic et prescription et sur des activités chirurgicales.

Cette mesure concerne aussi bien les ophtalmologistes travaillant seuls en cabinet que ceux qui exercent dans une maison ou un centre de santé. Toutefois, alors qu'une contrepartie financière est prévue dans le premier cas, tel n'est pas le cas dans le second : la rémunération des maisons et centres de santé au titre de ces coopérations est une simple possibilité, qui ne pourrait intervenir, le cas échéant, qu'à compter de 2018 et dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel, comme cela est clairement indiqué à l'alinéa 9 de cet article 42.

Une telle différence de traitement ne va pas dans le sens du développement des centres de santé, qui sont pourtant des outils essentiels en matière d'accès aux soins – une préoccupation qui avait été portée par Mme la ministre de la santé durant la discussion du projet de loi relatif à la santé. Elle entre en contradiction avec plusieurs articles que nous avons soutenus dans le cadre de l'examen de ce dernier texte.

Pour nous, le fait que la rémunération pour les centres de santé ne soit envisagée qu'à compter du 1^{er} janvier 2018 et dépende d'une négociation conventionnelle n'est pas à la hauteur des enjeux de santé publique, lesquels doivent viser à faire reculer significativement les inégalités d'accès aux soins pour toutes et tous sur l'ensemble du territoire.

C'est pourquoi nous proposons cet amendement, qui tend à rétablir une égalité de traitement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission souhaite entendre le Gouvernement sur ces deux amendements, notamment sur la faisabilité technique de l'évaluation annuelle des contrats individuels.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Les auteurs des amendements s'inquiètent de la mise en œuvre des dispositifs qui, d'après la lecture qu'ils ont faite de l'article 42, serait effective au 1^{er} janvier 2018.

Je vous invite à relire précisément le texte de l'article, mesdames, messieurs les sénateurs : ce dernier prévoit bien une mise en œuvre dès 2016, au travers d'un arrêté. Ainsi, aux termes de l'alinéa 8 de l'article 42, « ce contrat est conforme à un contrat type défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

Un arrêté permettra donc une mise en œuvre, dès 2016, des deux dispositifs. Il y aura ensuite les négociations, à compter du 1^{er} janvier 2018.

Par ailleurs, le contrat de coopération fera évidemment l'objet d'une évaluation régulière par l'assurance maladie, sans qu'il soit nécessaire de le prévoir dans la loi.

Au vu de ces explications, les deux amendements me semblent satisfaits. Je propose donc à leurs auteurs de bien vouloir les retirer, sans quoi l'avis du Gouvernement sera défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Roche, l'amendement n° 40 rectifié est-il maintenu ?

M. Gérard Roche. À la suite des explications données par Mme la secrétaire d'État, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 40 rectifié est retiré.

Madame Cohen, l'amendement n° 417 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. J'ai bien entendu l'argumentation de Mme la secrétaire d'État, mais je souhaiterais savoir si, avant la reconnaissance définitive, c'est-à-dire pendant la période transitoire courant jusqu'en 2017, ces expérimentations peuvent être éligibles au fonds d'intervention régional, le FIR.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Le financement n'étant pas exclusif, on peut imaginer une intervention complémentaire par le FIR.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 417.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 95 rectifié est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel, MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle et Delahaye, Mme Doineau, M. Gabouty, Mme Loisier et MM. Canevet et Delcros.

L'amendement n° 115 rectifié est présenté par Mme Deroche, MM. Mouiller, Chasseing et Savary, Mmes Gruny et Imbert, M. Morisset et Mmes Cayeux et Canayer.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 8

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa du présent article.

L'amendement n° 95 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 115 rectifié.

Mme Catherine Deroche. L'objectif est fixé à 600 ophtalmologistes ayant signé un contrat de coopération individuel, tel que prévu au deuxième alinéa de l'article 42, d'ici à 2017, soit 300 contrats conclus chaque année. Un versement de 6 500 euros est prévu, en moyenne, par professionnel et par an, avec un maximum de 10 000 euros.

Pour les contrats collectifs, l'objectif est de 100 structures pluri-professionnelles d'ici à 2017, soit 50 contrats conclus chaque année, avec une hypothèse d'un montant moyen de 15 000 euros par structure, sans plafond annoncé.

On peut penser que ces chiffres sont manifestement exagérés. En effet, il faudra sans doute au moins neuf mois pour remplir l'obligation de passer par un décret en Conseil d'État et par la négociation conventionnelle, ce qui ne laissera plus que quinze mois pour atteindre l'objectif.

Mais ce qui nous a interpellés, et c'est l'objet de cet amendement, c'est le montant moyen alloué aux maisons de santé et aux centres de santé, lequel est 2,3 fois supérieur au montant réservé aux contrats individuels !

Il est pourtant dit que ce contrat collectif serait associé à des engagements pour des coopérations à temps partiel entre des orthoptistes et des ophtalmologistes. Ainsi, l'effort financier principal est concentré sur des structures qui ne proposeraient qu'une offre de soins limitée, alors que la priorité déclarée est le développement du travail aidé en tarifs opposables en cabinet d'ophtalmologie.

Cet amendement a donc pour objet, dans un souci d'équité, de faire en sorte que les contreparties financières du contrat collectif n'excèdent pas le maximum prévu pour le contrat de coopération pour les soins visuels.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Si je comprends l'inquiétude formulée par l'auteur de cet amendement s'agissant des risques de traitement inéquitable entre les structures collectives et les professionnels exerçant de façon individuelle, il me semble que la solution proposée n'est pas la bonne.

Pourquoi restreindre *a priori* les montants qui pourraient être versés aux structures collectives ? Cela ne signifiera pas, pour autant, que les aides versées aux libéraux seront plus importantes, ce qui constitue pourtant le fondement – légitime – de la préoccupation exprimée.

Les contreparties financières devront être déterminées au cas par cas, de manière pragmatique, en fonction des besoins des différents professionnels concernés.

Mme la secrétaire d'État pourra peut-être nous préciser comment il est envisagé de procéder à la répartition de ces aides.

Toujours est-il que la commission a émis un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Il faut revenir sur l'objet des contrats collectifs.

Ceux-ci visent à aider une structure pluriprofessionnelle à investir dans le matériel nécessaire, lequel peut être extrêmement coûteux, et à rémunérer les professionnels dans le cadre de vacations.

L'aide attribuée aux ophtalmologistes de secteur 1 salariant un orthoptiste a vocation à accompagner l'accroissement progressif du nombre de consultations. L'objectif est de diminuer les files d'attente, ce qui doit, à terme, permettre d'assurer la rentabilité de cette nouvelle organisation.

Ces mesures complémentaires concourent à améliorer l'accès aux soins visuels, quel que soit le mode d'organisation retenu.

Pour répondre à votre question, monsieur le rapporteur général, je vous indique que la détermination du montant des contreparties financières sera tout l'objet de la négociation qui sera engagée avec les professionnels dans les prochains mois.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur cet amendement visant à aligner les plafonds entre les deux dispositifs.

M. Jean Desessard. C'est la manifestation de l'accord de second tour! (*Rires.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 115 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 38 rectifié *bis*, présenté par MM. Cigolotti, Pozzo di Borgo et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le second alinéa de l'article L. 4042-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « ne constituent pas » sont remplacés par les mots : « peuvent ne pas constituer » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Les activités concernées sont alors précisées dans le règlement intérieur de la société. »

La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Cet amendement vise à faciliter la collaboration entre ophtalmologistes et orthoptistes dans le cadre des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, les SISA.

Aux termes de l'article L. 4042-1 du code de la santé publique, au chapitre II, relatif aux règles de fonctionnement de ces SISA, du titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique, « les rémunérations versées en contrepartie de l'activité professionnelle des associés dont les statuts prévoient un exercice en commun constituent des recettes de la société et sont perçues par celle-ci ».

Cependant, l'alinéa suivant du même article diminue fortement la portée de cette disposition puisqu'il est indiqué que, « par exception, lorsque ces activités sont exercées à titre personnel par un associé, les rémunérations afférentes ne constituent pas une recette de la société ».

Avec le développement des activités collaboratives entre médecins et paramédicaux, il est de plus en plus fréquent que les patients soient pris en charge à la fois par un auxiliaire de santé et un médecin – d'un côté, la partie diagnostic, de l'autre, la partie soins. Il en est ainsi, par exemple, du travail en binôme entre orthoptiste et ophtalmologiste, le premier effectuant une préconsultation – le travail aidé – avant que le patient ne soit vu par le second.

Lorsque l'orthoptiste a un statut libéral, cela peut poser des problèmes pour le rémunérer puisqu'il n'y a pas de cotation pour son activité. L'ophtalmologiste, quant à lui, perçoit une

rémunération pour ses actes suivant sa nomenclature professionnelle, mais ne peut légalement en rétrocéder une partie à l'orthoptiste pour cette partie diagnostic.

Mme la présidente. L'amendement n° 116 rectifié *bis*, présenté par Mme Deroche, MM. Mouiller, Chasseing et Savary, Mmes Gruny et Imbert, M. Morisset et Mmes Cayeux et Canayer, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le second alinéa de l'article L. 4042-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « ne constituent pas » sont remplacés par les mots : « peuvent ne pas constituer » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Les activités concernées sont alors précisées dans les statuts de la société. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement ayant un objet identique à celui qui vient d'être présenté, je considère qu'il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission sollicite l'avis du Gouvernement.

Les auteurs de ces amendements soulèvent une question complexe et cherchent à résoudre un véritable problème. Cependant, la réponse qu'ils apportent ne me paraît pas tout à fait adéquate.

En effet, la nomenclature générale des actes professionnels est, pour les actes orthoptiques, inadaptée. Dans certains cas, les actes effectivement pratiqués par les orthoptistes ne correspondent à aucune cotation de l'assurance maladie.

Sans doute Mme la secrétaire d'État va-t-elle pouvoir nous éclairer.

Mme la présidente. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Qu'est-ce qu'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ? C'est une structure qui a vocation à faciliter la coopération entre différents professionnels de santé. De fait, seules les activités de coordination thérapeutique répondent à l'objet de cette société. Les rémunérations versées le sont donc au titre non pas des soins, mais des activités de coordination d'équipe.

Ces deux amendements sont incompatibles avec l'objet des SISA. D'autres formes de sociétés existent, par exemple les sociétés d'exercice libéral, qui peuvent répondre mieux à la préoccupation exprimée dans ces amendements.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 38 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 116 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Jean Desessard. J'ai voté contre !

Mme la présidente. Monsieur Desessard, nous avons bien noté que vous souteniez le Gouvernement! (*Rires.*)

Je mets aux voix l'article 42, modifié.

(L'article 42 est adopté.)

Article 43

- ① Des expérimentations peuvent être menées entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 décembre 2019 pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé.
- ② Dans le cadre de ces expérimentations, le médecin traitant de l'enfant peut prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. Ces consultations et ces bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.
- ③ Ces structures bénéficient d'une rémunération forfaitaire supportée par les caisses nationales d'assurance maladie pour chaque enfant pris en charge sur prescription du médecin traitant.
- ④ Un décret précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.
- ⑤ Les ministres de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires retenus pour l'expérimentation et le cahier des charges des expérimentations.
- ⑥ Un rapport d'évaluation du dispositif est réalisé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 240, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 58, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2, deuxième phrase

Supprimer les mots :

telles que des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code,

II. – Alinéa 3

Remplacer le mot :

nationales

par le mot :

primaires

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 43 du texte prévoit un dispositif expérimental de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants.

Le présent amendement vise à supprimer, à l'alinéa 2, la mention des centres de santé et des maisons de santé de la liste des structures qui pourront participer à la mise en œuvre de l'expérimentation, car cette liste n'a pas vocation à être exclusive. Il appartiendra aux caisses primaires d'assurance maladie et aux agences régionales de santé, sur le fondement du cahier des charges, de sélectionner les structures les plus adéquates, y compris, le cas échéant, celles qui regroupent des professionnels de santé libéraux.

Cet amendement vise également à corriger une erreur de rédaction à l'alinéa 3.

Mme la présidente. L'amendement n° 24 rectifié, présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel, MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle et Gabouty, Mme Doineau et MM. Détraigne, Maurey et Delcros, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 290 rectifié, présenté par MM. Amiel, Arnell, Barbier, Bertrand, Castelli, Collin, Esnol, Fortassin et Guérini, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Après la référence :

L. 6323-3 du même code,

insérer les mots :

ou toute autre structure professionnelle libérale susceptible de répondre au cahier des charges et

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. Le présent amendement vise à étendre les dispositifs relatifs à la prévention de l'obésité, aujourd'hui réservés aux centres de santé et aux maisons de santé pluridisciplinaires, à toute autre structure regroupant des professionnels libéraux qui souhaiteraient s'investir dans ce travail de prévention.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 290 rectifié ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission sollicite le retrait de cet amendement au profit de son amendement n° 58. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 58 et 290 rectifié ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. S'agissant des structures pouvant prendre part à ces expérimentations, je vous invite à relire attentivement l'article 43. Celui-ci dispose que « ces consultations et ces bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé ».

L'emploi des mots « telles que » signifie que la liste n'est pas limitative et que ces consultations ou ces bilans peuvent être réalisés ailleurs que dans les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles. À cet égard, je tiens à rassurer les auteurs des deux amendements.

Concernant la seconde partie de votre amendement, monsieur le rapporteur général, je vous indique que ce sont bien les trois caisses nationales d'assurance maladie, et non les caisses primaires, qui assureront le financement de ce dispositif parce qu'elles seules disposent des crédits de prévention.

Aussi, je ne peux qu'émettre un avis défavorable sur votre amendement, même si, croyez-le bien, j'en suis fort marrie. (*Sourires.*)

Le Gouvernement sollicite le retrait de l'amendement n° 290 rectifié, qui est satisfait, pour les raisons que j'ai indiquées ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 58 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Puisque Mme la secrétaire d'État est fort marrie de devoir émettre un avis défavorable, je le retire pour qu'elle n'ait pas à le faire, madame la présidente ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 58 est retiré.

Monsieur Arnell, l'amendement n° 290 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, madame la présidente.

Il nous a semblé important de mettre l'accent sur cette problématique. L'obésité fait des ravages non seulement en France métropolitaine, mais surtout dans les outre-mer.

Mme la présidente. L'amendement n° 290 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 43.

(*L'article 43 est adopté.*)

Article 44

- ① I. – L'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Pour l'application du II de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique et par dérogation au premier alinéa du présent article, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 du même code par les médecins mentionnés au premier alinéa du même article sont financés par le fonds défini à l'article L. 1435-8 dudit code, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés régis par les articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du présent code. »
- ③ II. – L'article L. 1435-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ④ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ⑤ 2° Au second alinéa, le mot : « spécifique » est remplacé par le mot : « forfaitaire » ;
- ⑥ 3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

⑦ « II. – Des agences régionales de santé se portant volontaires peuvent être autorisées, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à financer, dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires, la rémunération forfaitaire mentionnée au I du présent article et la rémunération des actes mentionnés à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code qui leur sont délégués à cet effet. Dans ce cas, la rémunération des actes prévus à l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ne peut être mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

⑧ « L'autorisation ministérielle est accordée pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du présent code. »

⑨ III. – Les dispositions expérimentales prévues au II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'appliquent à l'agence régionale de santé des Pays de la Loire jusqu'au 31 décembre 2016. – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 44

Mme la présidente. L'amendement n° 418, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 14° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« 14° Peut modifier l'organisation du travail et des temps de repos après un accord avec la majorité des organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement ; ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Notre amendement fait suite à l'accord conclu entre le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'AP-HP, et la CFDT, qui remet en cause l'organisation et le temps de travail de l'ensemble des catégories de personnels de l'AP-HP.

Cet accord a été conclu contre la volonté des personnels qui, sans doute vous en souvenez-vous, avaient manifesté et fait grève massivement en mai et en juin 2015.

Le 11 juin, près de 25 000 personnels étaient en grève et 15 000 d'entre eux avaient manifesté du siège de l'AP-HP vers l'Élysée en exigeant le retrait du projet Hirsch de mise en place de la grande équipe, d'adaptation des plannings aux pics d'activité des services, de suppression des jours de RTT.

Selon la direction générale, cet accord permet à l'AP-HP d'éviter de devoir embaucher 1 800 personnes supplémentaires.

Par ailleurs, cet accord, dont la réorganisation du travail est au cœur, va aggraver les conditions de travail des personnels, lesquelles se sont déjà fortement dégradées, et déstructurer encore plus leur vie familiale.

À l'AP-HP, Martin Hirsch a conclu cet accord avec la seule CFDT, qui ne représentait que 14 % des voix lors des dernières élections professionnelles.

Par cet amendement, nous demandons que les modifications de l'organisation du travail et des temps de repos soient soumises à un accord des organisations syndicales majoritaires.

Dans le cas de l'AP-HP, un tel accord n'aurait pu voir le jour puisque les syndicats CGT, FO, SUD Santé Sociaux, CFTC, UNSA, CFE-CGC, qui ont obtenu 86 % des suffrages aux dernières élections professionnelles, sont opposés à la modification du temps de repos et à l'organisation du travail prévue dans cet accord.

J'ai illustré mon propos avec ce qui se passe à l'AP-HP. En réalité, les directeurs d'hôpital sont aujourd'hui tout-puissants. Certes, l'organisation du travail des personnels des hôpitaux doit bouger, comme c'est déjà le cas un peu partout, car il faut évoluer en prenant en compte les besoins et la situation propres de ces établissements.

Mais ces évolutions ne peuvent pas être décidées en fonction d'un seul point de vue, en l'occurrence celui des directeurs d'établissement. C'est pourquoi nous demandons une véritable concertation, une véritable discussion avec les personnels. Nous savons pertinemment que l'on peut aboutir à un accord qui profite à la fois aux personnels et aux patients.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit en quelque sorte de modifier la loi ou, en tout cas, le règlement tel qu'il est appliqué à l'hôpital et dont la teneur est peut-être différente du règlement applicable au sein des entreprises privées.

Cet amendement, qui vise à exiger un accord majoritaire, aurait actuellement pour conséquence, notamment à l'AP-HP, de bloquer les négociations sur le temps de travail dans les hôpitaux. Tout le monde est extrêmement attentif à ces négociations, dont je souhaite qu'elles se déroulent dans les meilleures conditions et qu'il y ait une concertation avec tous les syndicats.

Néanmoins, à un moment donné, il faut prendre une décision et respecter le règlement en vigueur. Si on veut le faire évoluer, c'est non pas dans ce texte que nous le ferons, mais dans une loi relative au travail.

Par conséquent, la commission ne peut qu'émettre un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Comme l'a très bien expliqué M. le rapporteur général, il est préférable que les décisions concernant l'organisation du travail soient prises dans le cadre d'un dialogue social abouti et avec l'accord majoritaire des partenaires sociaux.

Toutefois, il faut tenir compte du bon fonctionnement de l'établissement, de la continuité du service public et de la nécessité d'une prise en charge adaptée des patients. C'est bien le directeur qui est responsable de tous ces éléments, ce qui l'oblige parfois à prendre des décisions dans le domaine de l'organisation du travail, alors qu'un accord majoritaire n'a pas pu être signé.

Je rappelle aussi que, dans ce domaine, les propositions du directeur sont établies dans le respect de la réglementation en vigueur et sont soumises pour avis au comité technique d'établissement. C'est seulement après concertation avec les membres du directoire que les décisions finales sont prises par le directeur.

C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Madame Cohen, l'amendement n° 418 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je suis quelque peu étonnée de l'argumentation qui a été développée par Mme la secrétaire d'État.

Tout d'abord, les personnels de santé sont parfaitement conscients des responsabilités qui sont les leurs, et lorsque des mouvements sont organisés – peut-être y avez-vous prêté attention ? –, la permanence des soins et la continuité du service sont assurées. Les personnels ne désertent absolument pas leurs postes, ils sont bien présents ; pour manifester leur mécontentement, leur colère ou leur adhésion à tel ou tel mouvement, ou pour signifier qu'ils sont en grève, ils portent un badge.

Il convient de garder cela à l'esprit pour prendre les décisions les plus justes et, ainsi, assurer le bon fonctionnement des services concernés.

Ensuite, il existe aujourd'hui à l'AP-HP un malaise, dont l'ampleur est si importante que les personnels concernés vont de nouveau descendre dans la rue le 17 novembre. Je ne suis pas persuadée que, dans un tel climat, les professionnels de santé puissent travailler dans de bonnes conditions...

Mme la ministre de la santé nous l'a indiqué à plusieurs reprises, cette réorganisation du travail n'entraînerait la suppression d'aucun emploi. Pourtant, les chiffres que j'ai cités ne sortent pas d'une boîte magique, puisqu'ils ont également été avancés par M. Hirsch : des suppressions d'emplois auront lieu. Face à la dégradation des conditions de travail, je ne vois pas le côté positif de ces mesures.

Enfin, on se gausse ici de développer la démocratie sanitaire. On en parle beaucoup, mais quand il s'agit de réfléchir à la façon dont celle-ci passera par la concertation, le dialogue social avec les personnels et leurs organisations syndicales, curieusement, on évoque des règlements ou des éléments extérieurs au pouvoir législatif, et on ne prend pas les bonnes décisions.

Pour toutes ces raisons, nous maintenons notre amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. Sur cet amendement, je comprends le positionnement politique des membres du groupe CRC au moment où une manifestation est annoncée pour la semaine prochaine. Mais personne ne remet en cause la continuité du service public.

Néanmoins, comme l'a fait remarquer Mme la secrétaire d'État, le chef d'établissement est responsable de l'organisation du travail, sur laquelle le temps de travail a des répercussions, particulièrement au sein de l'hôpital public.

Ma chère collègue, vous énoncez une règle et citez l'exemple de l'AP-HP, qui est symbolique, puisque l'AP-HP représente un peu l'équivalent de Renault à une certaine époque : un accord conclu au sein de cette société « diffusait » ensuite dans toute la société française.

En outre, M. le rapporteur général vous a fait remarquer, à bon droit, que toute modification des règles régissant la concertation, la négociation et l'aboutissement de celle-ci avec un accord majoritaire doit figurer dans une loi portant sur le travail. Un tel texte viendra d'ailleurs bientôt en discussion.

Pour revenir à l'AP-HP, que s'est-il passé ? On est revenu au régime de droit commun concernant l'application des 35 heures, ce qui revient à 200 000 journées de travail auprès des malades, soit l'équivalent de 1 000 emplois, comme vous l'a dit hier Mme Génisson. Cet accord, non majoritaire – Mme la secrétaire d'État vous a répondu sur ce point –, relève de la responsabilité du chef d'établissement. Concrètement, à quoi aboutira-t-il ? À des effectifs plus importants dans les services grâce à la souplesse qui est introduite.

Ma chère collègue, le fond de votre proposition est contestable, tout comme l'est l'exemple que vous citez. Le groupe socialiste votera donc évidemment contre votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 418.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 55 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	29
Contre	314

Le Sénat n'a pas adopté.

Article 44 bis (nouveau)

- ① Après l'article L. 162-5-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-2 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 162-5-14-2. – Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales, réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixés par décret, sont pris en charge par l'assurance

maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs. » – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 44 bis

Mme la présidente. L'amendement n° 358 rectifié bis, présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 44 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La participation à l'organisation de la permanence des soins constitue une obligation individuelle pour l'ensemble des médecins visés au présent article. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement se justifie par son texte même.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement a été rectifié après son examen par la commission. La commission avait émis un avis favorable sur une rédaction qui n'était peut-être pas, de mon point de vue, la meilleure.

Nous ne voulions pas que soit rétablie l'obligation individuelle, qui avait été supprimée en 2002 pour les médecins. En revanche, nous souhaitions réaffirmer la participation des médecins à l'organisation de la permanence, car cette participation fonctionne de façon satisfaisante dans certains territoires, mais – il est vrai – moins bien dans d'autres.

Nous en discussions avec M. le président de la commission, qui estimait que l'amendement aurait pu être modifié dans le sens suivant : « La participation à l'organisation de la permanence des soins constitue une obligation pour l'ensemble des médecins visés au présent article. » Cette rédaction était préférée à l'institution d'une obligation individuelle qui laisse entendre encore qu'il y a une obligation dont on sait bien qu'elle a changé, compte tenu de l'évolution de la profession médicale.

Je suis évidemment tout à fait attaché à l'engagement des médecins d'assurer cette permanence. Pour moi, cela doit être une exigence. On ne s'engage pas dans ce métier sans prendre conscience qu'il y a une exigence au fond qui est éthique, et déontologique bien sûr, de participer personnellement à la permanence des soins.

Toutefois, je suggère à M. Daudigny de corriger légèrement le texte de son amendement, pour réunir l'ensemble de la Haute Assemblée. À mon sens, supprimer le terme « individuel » permettrait d'éviter une confusion. Sous réserve de cette modification, j'émetts un avis favorable.

Mme Catherine Deroche. Cela n'aurait pas beaucoup de sens !

Mme Catherine Génisson. Et cela ne changerait rien !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. J'en conviens, cela ne changerait pas grand-chose sur le fond. Il s'agit de demander une participation à l'organisation de la permanence des soins à l'ensemble des médecins et non à chacun d'eux, pris à titre individuel. N'insistons pas sur ce dernier terme ! La loi de 2002 a supprimé cette obligation individuelle. Il n'est pas souhaitable de revenir sur cette disposition. En revanche, il est absolument nécessaire d'organiser, sur l'ensemble des territoires, la permanence des soins.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, acceptez-vous de rectifier l'amendement n° 358 rectifié *bis* dans le sens indiqué par M. le rapporteur général ?

M. Yves Daudigny. J'ai besoin de quelques instants de réflexion, madame la présidente.

M. Jean Desessard. Réflexion individuelle ou collective, mon cher collègue ? (*Sourires.*)

Mme Nicole Bricq. Une brève suspension de séance serait peut-être nécessaire...

Mme la présidente. Quel est, en l'état, l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, *secrétaire d'État*. Monsieur Daudigny, par cet amendement, vous proposez de rétablir l'obligation individuelle, pour l'ensemble du corps médical, ...

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. C'est bien de cela qu'il s'agit !

Mme Ségolène Neuville, *secrétaire d'État*. ... au titre de la permanence des soins.

Cette obligation individuelle existait avant la loi de 2002. Ce texte, devenu opérationnel en 2003, lui a substitué une obligation collective, qui est actuellement en vigueur.

Ladite obligation collective repose sur l'inscription de médecins volontaires sur le tableau de garde tenu par le conseil départemental de l'ordre.

Si, d'aventure, le nombre de volontaires se révèle insuffisant, le préfet peut procéder, par arrêté, à la réquisition de médecins sur le territoire du département, afin d'y garantir la continuité des soins. Les outils permettant d'obliger individuellement les médecins à prendre part à la permanence des soins existent donc déjà.

J'en suis persuadée, nous tous, dans cet hémicycle, visons le même but : garantir la permanence des soins sur l'ensemble du territoire, l'accès aux soins pour l'intégralité de la population.

Néanmoins, le Gouvernement a clairement choisi de recourir à l'incitation plutôt qu'à l'obligation. Telle est la voie qu'il a privilégiée.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. C'est tout le sens de l'article 44 de ce projet de loi !

Mme Ségolène Neuville, *secrétaire d'État*. À ce titre, je tiens à vous faire part de l'expérimentation en cours dans la région Pays-de-la-Loire, qui vise à renforcer le taux de participation à la permanence des soins ambulatoires.

Cette expérimentation a été lancée par l'agence régionale de santé des Pays-de-la-Loire il y a plusieurs années déjà. Elle se traduit par des actions incitatives menées auprès des médecins libéraux. Ces incitations ont clairement contribué

à renforcer le taux de participation des médecins généralistes à la permanence des soins ambulatoires, y compris dans les territoires ruraux.

C'est précisément parce que les résultats obtenus sont probants que l'article 44 du présent texte, que vous avez adopté il y a quelques instants, mesdames, messieurs les sénateurs, trace un cadre législatif permettant de la pérenniser. En vertu de cet article, une ARS qui le souhaite peut bénéficier de ce cadre afin d'engager des actions destinées à accroître le taux de participation à la permanence des soins.

Bref, grâce à l'article 44, toutes les ARS pourront mener ces expérimentations et, partant, déployer un dispositif incitatif pour la participation des médecins généralistes libéraux à la permanence des soins, y compris dans les campagnes. En Pays-de-la-Loire, les résultats sont là. J'invite donc le Sénat à écarter le cadre coercitif et à privilégier, dans la droite ligne des dispositions qu'il vient d'adopter, un cadre incitatif : ce dernier, j'en suis persuadée, permettra d'améliorer la situation dans tous les territoires ruraux.

Aussi, monsieur Daudigny, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

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

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. J'adhère tout à fait aux propos de Mme la secrétaire d'État.

Monsieur Daudigny, je vous renvoie aux comptes rendus de nos débats en commission : j'ai indiqué d'emblée que je ne voterais pas un amendement tendant à instaurer une obligation individuelle au titre de la permanence des soins.

M. Jean Desessard. Voilà !

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. En commission, j'ai ajouté que l'obligation collective actuellement en vigueur me semblait préférable.

Les méthodes incitatives mises en œuvre en Pays-de-la-Loire et dans d'autres régions par diverses ARS me semblent suffisantes pour organiser la permanence des soins et faire en sorte que les médecins y adhèrent.

Mme la présidente. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 358 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Il faut le retirer !

M. Yves Daudigny. Madame la présidente, je sollicite une brève suspension de séance. (*Protestations sur quelques travées du groupe Les Républicains.*) Quelques minutes devraient suffire !

M. Robert del Picchia. Pourquoi pas une demi-heure ou une heure ?

M. Yves Daudigny. J'ai besoin de m'entretenir avec les membres de mon groupe !

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour cinq minutes.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à onze heures vingt, est reprise à onze heures vingt-cinq.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote sur l'amendement n° 358 rectifié *bis*.

M. Jean-Noël Cardoux. Mes chers collègues, aujourd'hui moins aujourd'hui que d'habitude, le Sénat ne doit se montrer autiste !

Ce n'est pas votre faute si les médecins manifestent ce jour même dans la rue, pour protester contre l'instauration du tiers payant. C'est là un pur hasard du calendrier ! Toutefois, adopter un tel amendement dans ces circonstances reviendrait à émettre un signal catastrophique, alors même que les praticiens sont extrêmement inquiets quant à l'avenir de leur profession.

Mme Annie David. Et les salariés d'Air France, ils ne sont pas inquiets ?

M. Jean-Noël Cardoux. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer, en commission, au sujet de la permanence des soins.

L'équilibre actuel fait appel au volontariat. Il se heurte à de nombreuses difficultés.

À ce titre, j'ai récemment assisté à une réunion organisée dans une petite commune de mon département, laquelle compte 6 000 habitants. Il y a dix ans, les médecins y ont créé une maison médicale de garde qui, jusqu'à présent, a parfaitement fonctionné. Ils souhaitent cependant supprimer leurs permanences de semaine pour la raison suivante : exception faite des week-ends, sur six mois, ils sont intervenus en moyenne pour moins d'un malade par semaine. Ces médecins appellent donc de leurs vœux une réorganisation.

Il faut revoir l'organisation de la permanence des soins dans son ensemble et trouver des solutions en distinguant le milieu urbain du milieu rural.

Il est facile, en effet, d'organiser une permanence de soins en milieu urbain, où la démographie médicale est encore à peu près équilibrée. Dans certains secteurs ruraux, en revanche, c'est une tâche presque impossible à organiser et les médecins sont contraints à des présences répétées le soir et les week-ends. Ce n'est pas ainsi que nous parviendrons à attirer de nouveaux praticiens dans les zones déshéritées !

Mes chers collègues, ce déséquilibre existe à l'échelle du pays tout entier, mais il ne me semble pas que nous parviendrons à y mettre un terme avec un amendement présenté – pardonnez-moi, ce n'est pas une provocation ! – à la sauvette.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Ah non !

Mme Nicole Bricq. Nous sommes en plein jour, et l'amendement a été discuté en commission !

M. Jean-Noël Cardoux. Cela mérite une réflexion plus sérieuse.

En outre, ce n'est pas le bon jour pour envoyer ce mauvais signal à des médecins déjà meurtris par les textes proposés par le Gouvernement !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Il m'est un peu difficile de m'exprimer sur un amendement dont je ne connais pas le texte définitif, car j'ignore ce que va décider notre collègue Yves Daudigny.

Tel qu'il est rédigé, cet amendement vise à imposer une obligation individuelle. Je partage à ce sujet les arguments de Mme la secrétaire d'État. Dans ma région des Pays de la Loire, l'expérimentation menée a conduit à une augmenta-

tion significative de la permanence des soins. Il semble donc possible d'étendre ces méthodes incitatives à l'ensemble du territoire. Nous privilégierions ainsi l'équilibre entre les décisions des professionnels de santé et la sensibilisation à l'importance de la permanence des soins.

Si la rédaction de cet amendement n'était pas modifiée, j'y serai farouchement opposée. Si le mot « individuelle » est supprimé, nous en restons à la situation actuelle, et je ne vois pas l'intérêt de l'amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Je remercie Mme la secrétaire d'État d'avoir retracé l'historique de cette obligation individuelle qui existait avant 2002, et qui faisait partie des obligations auxquelles nous nous engageons en prononçant le serment d'Hippocrate.

Après un grand mouvement de grève, un changement de cap s'est produit : d'individuelle, cette obligation est devenue collective.

Monsieur Cardoux, cet amendement n'a pas du tout été voté à la sauvette ! Il a été longuement examiné en commission, où il a donné lieu à un large débat (*M. Jean-Noël Cardoux fait un signe de dénégation.*), qui a conduit l'ensemble des sénateurs, de gauche comme de droite, à changer de position et à l'adopter.

On peut comprendre les interrogations des médecins et des professions médicales et paramédicales qui défilent aujourd'hui dans les rues. Il faut pourtant souligner que la permanence des soins risque d'être assumée de nouveau par l'hôpital public, en particulier par les services d'urgence.

J'ai bien entendu les propos de Mme la secrétaire d'État. Pardonnez-moi d'avancer l'exemple de ma région où, depuis pratiquement quinze ans, la régulation médicale de la permanence des soins y est organisée par les médecins généralistes avec les médecins hospitaliers du SAMU 62.

En parallèle, pour répondre à notre collègue Jean-Noël Cardoux, des consultations de garde sont organisées, afin d'éviter au médecin d'être mobilisé vingt-quatre heures sur vingt-quatre pendant sa garde et lui permettre d'effectuer des visites, quand elles s'imposent.

Il me semble que la permanence des soins est organisée de façon intelligente dans de nombreuses régions de France. Ce n'est toutefois pas le cas sur l'ensemble du territoire, il importe donc de renforcer l'égalité entre nos concitoyens.

Mme la présidente. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. L'obligation « individuelle » se justifie par l'absence de permanence des soins dans des secteurs très importants, non seulement en zone rurale, mais aussi dans les territoires urbains.

En Seine-Saint-Denis, nous avons mis en place, avec le conseil de l'ordre, un tour de trois médecins, qui effectuent des gardes sur des secteurs immenses, comprenant les villes de Bobigny, La Courneuve, Aubervilliers ou Drancy, qui comptent entre 60 000 et 100 000 habitants. Cela pose des difficultés, car ils ne peuvent pas être partout !

Les hôpitaux sont également en difficulté, car ils sont engorgés par le traitement de petits « bobos » qu'un médecin en permanence de soins pourrait parfaitement

traiter. Les urgentistes ont tiré la sonnette d'alarme plus d'une fois, en prévenant qu'ils ne parvenaient plus à répondre aux demandes.

Ces zones sont très fragilisées. La baisse de la démographie médicale, à cause du vieillissement des médecins et de leur non-remplacement, complique, également, les permanences de soins.

Personne ici n'agit contre les médecins, libéraux ou publics ! Ce n'est pas le sujet. Nous comprenons leur grogne et nous essayons précisément, par nos amendements, d'améliorer la situation.

Mme la secrétaire d'État a affirmé que l'on proposerait aux ARS d'élargir les expérimentations. Soit ! Nous demandons toutefois qu'un suivi soit effectué sur certains territoires, afin de garantir que les agences jouent le jeu. À défaut, la situation sera identique dans dix ans.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Je m'associe aux propos que vient de tenir notre collègue Evelyne Yonnet. Je défends les zones rurales et de montagne, dont je suis élue et dans lesquelles la permanence des soins prend tout son sens, mais je n'ignore pas que les populations des grandes villes sont également confrontées à des difficultés.

Nous suivrons la proposition que nous fera notre collègue Yves Daudigny. Le beau métier de médecin, dont on ne peut pas se passer, comporte quelques contraintes, dont la principale réside dans la nécessité d'assurer des gardes pour garantir la permanence des soins. C'est un des aspects de ce métier ! Les boulangers doivent se lever très tôt, pour que nous puissions acheter du pain le matin ; les médecins savaient, eux, en s'engageant dans cette voie, qu'ils seraient obligés d'assurer la permanence des soins.

Je souhaite également réagir aux propos de M. Cardoux, qui parlait d'un amendement « à la sauvette ». Il y a bien eu un débat en commission sur le sujet, qui est d'ailleurs récurrent. En revanche, mon cher collègue, votre amendement sur la réforme systémique des retraites est vraiment passé à la sauvette,...

Mme Nicole Bricq. Rapidement !

Mme Annie David. ... ainsi que celui sur le report à soixante-trois ans présenté par notre collègue Gérard Roche. Ceux-ci n'ont jamais été débattus avec les personnes concernées en premier chef, et n'ont fait l'objet que d'une discussion rapide en commission comme en séance. Je vous invite donc à mesurer vos propos !

Je le redis, nous suivrons la proposition de nos collègues du groupe socialiste.

Mme la présidente. Monsieur Yves Daudigny, l'amendement n° 358 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Je souhaite remercier l'ensemble de nos collègues qui ont relevé que ma démarche consistait non pas à imposer un amendement à la sauvette, mais à débattre d'un sujet qui mérite réflexion.

Pour répondre aux propos tenus hier par notre collègue Gilbert Barbier, je dois préciser que je ne mène aucun combat contre la médecine libérale, laquelle fait et fera toujours partie de notre système de santé, avec les hôpitaux. Comme chacun d'entre nous ici, je respecte cette profession, ainsi que celles et ceux qui la pratiquent.

J'ai bien écouté l'intervention de M. le rapporteur général, de Mme la secrétaire d'État et de nos collègues et je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 358 rectifié *bis* est retiré.

Article 45

- ① I. – L'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après la première phrase du second alinéa du I, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ③ « Elle rend en même temps l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sur chacun des actes prévus dans le protocole. » ;
- ④ 2° La seconde phrase du II est supprimée ;
- ⑤ 3° Le III est ainsi rédigé :
- ⑥ « III. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable au maintien à titre définitif d'un protocole de coopération :
- ⑦ « 1° L'Académie de médecine, saisie pour avis de projets de texte réglementaire portant sur des actes professionnels mentionnés au 1° et au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du présent code aux fins d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole, se prononce dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle elle a été saisie ;
- ⑧ « 2° Les dérogations prévues à l'article L. 4011-1 demeurent applicables jusqu'à l'entrée en vigueur des textes réglementaires mentionnés au 1° du présent III ;
- ⑨ « 3° Les actes prévus par les protocoles sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé, selon des modalités définies par voie réglementaire. » ;
- ⑩ 4° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- ⑪ « IV. – Lorsque le collège des financeurs rend un avis favorable à la prise en charge financière définitive d'un protocole de coopération, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 du présent code jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. »
- ⑫ II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑬ 1° L'article L. 161-37 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Le 9° est ainsi rédigé :
- ⑮ « 9° Rendre l'avis mentionné au dernier alinéa de l'article L. 4011-2 du code de la santé publique ; »
- ⑯ b) Après le 9°, il est inséré un 10° ainsi rédigé :
- ⑰ « 10° Rendre l'avis mentionné au second alinéa du I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique, ainsi qu'un avis portant évaluation de chacun des actes prévus par les protocoles de coopération conformément au 1° du présent article. » ;
- ⑱ 2° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi modifié :

- ①9 a) Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 162-1-7 », sont insérés les mots : « du présent code ou au I de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique » ;
- ②0 b) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :
- ②1 « 4° Des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs en application du III de l'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique. » ;
- ②2 3° Au premier alinéa de l'article L. 162-1-8, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ». – (Adopté.)

Articles additionnels après l'article 45

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 311 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Collombat, Esnol, Fortassin, Guérini et Hue, Mmes Jouve et Laborde et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article ainsi rédigé :

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3411-5-... ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-5-... – Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. Ces centres peuvent développer des consultations spécifiques financées par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale de financement visée au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles. Les conditions matérielles de réalisation de cette mission et les modalités de ce financement sont déterminées par voie réglementaire. »

La parole est à M. Guillaume Arnell.

M. Guillaume Arnell. En France, mais aussi dans les outre-mer, le niveau de consommation de certaines substances psychoactives, notamment l'alcool, le tabac et le cannabis, demeure élevé chez les adolescents, en dépit des évolutions de la réglementation visant à limiter l'accès des mineurs à ces produits et de campagnes de prévention répétées.

Or le risque de dépendance est particulièrement élevé chez les adolescents et les jeunes adultes, et les expose à de véritables addictions par la suite. Lorsqu'elles ne sont pas soignées, celles-ci peuvent déboucher sur des issues sévères, voire tragiques, qu'elles soient directement liées à l'usage excessif – *overdose*, coma éthylique, etc. – ou provoquées par des effets secondaires à long terme.

Par cet amendement d'appel, nous proposons que les pouvoirs publics se saisissent de ce problème et engagent des moyens significatifs pour intervenir.

Il est particulièrement insoutenable de voir nos forces vives sombrer dans cette consommation excessive, voire dans cette dépendance. Il nous revient l'obligation de tout mettre en

œuvre pour venir en aide à cette population qui rejette nos repères et ne croit plus aux valeurs et aux chances que nous offre cette société.

Mme la présidente. L'amendement n° 349, présenté par M. Durain, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Daudigny, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre IV de la troisième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 3411-5-... ainsi rédigé :

« Art. L. 3411-5-... – Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent obligatoirement des missions d'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective. Afin de lutter contre le développement des addictions chez les jeunes consommateurs, ces centres peuvent développer des consultations spécifiques en direction de ceux-ci financées par les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans le cadre de la dotation globale de financement mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles. Les conditions matérielles de réalisation de cette mission et les modalités de ce financement sont déterminées par voie réglementaire. Le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte ces conditions matérielles afin de doter les centres des moyens suffisants pour l'exercice de cette mission. »

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Cet amendement est très proche de celui qui vient d'être fort bien défendu par notre collègue Guillaume Arnell. J'insiste tout particulièrement sur la nécessité de consolider cette mission dans la loi et d'appeler le directeur général de l'ARS à en tirer les conséquences en matière de financement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces amendements concernent le même sujet que l'article 8 *bis* du projet de loi relatif à la santé, actuellement en cours de navette.

Sans même évoquer le fond, il ne semble pas souhaitable d'adopter des dispositions concurrentes dans des textes discutés parallèlement.

Je demande donc le retrait de ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. M. le rapporteur général a apporté des explications très claires.

Les amendements visent à modifier les missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, afin de rendre obligatoire leur mission de prévention. C'est, en effet, l'objet de l'article 8 *bis* du projet de loi relatif à la santé, qui reconnaît la prévention comme une mission obligatoire.

Je me permets de vous apporter quelques éléments chiffrés. Il existe plus de 400 CSAPA sur l'ensemble du territoire, qui sont déjà financés par l'assurance maladie, et 400 consultations jeunes consommateurs, ou CJC, partout sur le territoire, installées dans ces CSAPA ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes. Les jeunes en difficulté en raison de leur consommation d'alcool, de tabac, de drogue ou de jeux vidéo y sont reçus gratuitement. Ces CJC sont également financées par les crédits d'assurance maladie.

Les budgets des CSAPA, qui comprennent ou non des CJC en fonction des besoins de la population concernée et des crédits disponibles, sont arrêtés par les ARS.

Les amendements sont donc satisfaits ; je propose donc à leurs auteurs de les retirer. À défaut, mon avis sera défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Arnell, l'amendement n° 311 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Je suis dans l'embarras. J'ai bien entendu les interventions de M. le rapporteur général et de Mme la secrétaire d'État, mais je m'interroge au vu de l'absence de perspectives d'avenir pour notre population.

Mon territoire ne bénéficie d'aucun institut de réhabilitation ni d'aucun dispositif d'accompagnement. Est-il concevable de rester témoin de la déchéance de nos jeunes sans alerter les pouvoirs publics ?

Puisque Mme la secrétaire d'État affirme que ma demande est satisfaite, je retire mon amendement, mais je ne le fais qu'à contrecœur.

Mme la présidente. L'amendement n° 311 rectifié est retiré.

Madame Meunier, l'amendement n° 349 est-il maintenu ?

Mme Michelle Meunier. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 349 est retiré.

L'amendement n° 13 rectifié, déposé par MM. Cigolotti, Delahaye, L. Hervé et Kern, Mme Doineau, MM. Guerriau, Longeot et Médevielle, Mme Gatel et MM. Cadic, Maurey et Delcros, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 256, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« L'inscription sur la liste est conditionnée à la preuve que les médicaments apportent une économie dans les coûts de traitement par rapport au princeps référent de la même classe thérapeutique, ou par rapport aux génériques lorsqu'ils existent. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, le Gouvernement a souligné que la consommation de médicaments en France est disproportionnée au regard de celle des autres populations européennes. Cela induit des coûts en constante augmentation au gré des volumes de prescription.

Dans son rapport d'information n° 1176, notre collègue député Gérard Bapt constate des différences de prix disproportionnées entre médicaments princeps et génériques et souligne que ces derniers sont insuffisamment utilisés et encore trop chers.

La réforme de la politique du médicament en vue de la maîtrise des coûts passera par une réévaluation de la prescription médicale en diminuant les volumes prescrits et en évitant le recours trop systématique aux molécules récentes et chères. Sont concernés les médicaments classés ASMR 5 – amélioration du service médical rendu – par la Haute Autorité de santé, ou HAS, ce qui signifie qu'ils sont « sans plus-value thérapeutique ».

En dépit du règlement énoncé par la HAS, selon lequel « un médicament qui n'apporte pas de progrès ne peut être inscrit au remboursement que s'il apporte une économie dans les coûts de traitement », de nombreux exemples témoignent du remboursement de médicaments ASMR 5 ne produisant pourtant aucune économie de ce genre.

Il s'agit d'un dysfonctionnement de notre politique de remboursement du médicament.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le classement réalisé par la commission de la transparence de la HAS s'appuie déjà sur l'amélioration du service médical rendu, ce qui permet de limiter la multiplication du remboursement des médicaments dits « *me too* ».

Par ailleurs, ainsi que nous l'avons vu lors de la discussion de la loi sur le renforcement de la sécurité du médicament, il n'est pas possible pour les traitements innovants de faire la preuve de l'amélioration du service médical rendu face à des traitements de référence qui, parfois, n'existent pas.

Pour ces raisons, la commission demande le retrait de l'amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Des deux éléments pris en compte pour l'inscription des médicaments, l'amélioration du service médical rendu est bien évidemment le plus essentiel.

En l'absence d'amélioration du service médical rendu scientifiquement démontrée, l'inscription du médicament n'aura lieu que si son coût permet de réaliser des économies.

En proposant de conditionner l'inscription à la preuve d'une économie, vous donnez, monsieur le sénateur, en quelque sorte une prime au premier entrant dans une classe thérapeutique, ce qui n'est pas forcément bon pour la recherche et l'innovation.

Il est vrai que les procédures du Comité économique des produits de santé sont extrêmement complexes. Nous veillerons cependant à ce qu'il mette en œuvre des baisses de prix de cohérence, notamment au sein des classes « génériques », pour faire en sorte que les prix des médicaments génériques soient proches les uns des autres.

Enfin, je veux vous dire que le groupe de travail sur l'évaluation du médicament a achevé ses travaux, ce qui devrait nous permettre de toilettier le dispositif d'évaluation des médicaments qui est devenu – vous en conviendrez ! – très complexe. Ce groupe de travail remettra son rapport à Mme la ministre de la santé la semaine prochaine.

Je précise enfin que l'article 42 du projet de loi relatif à la santé prévoit une habilitation permettant de procéder au toilettage du dispositif d'évaluation, une fois le rapport du groupe de travail rendu.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement est défavorable à votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Desessard, l'amendement n° 256 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 256.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 424 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 45

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. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Nous continuons dans la voie ouverte par M. Desessard en demandant que ne soient inscrits sur la liste des médicaments remboursables que ceux dont l'ASMR est supérieur aux traitements de référence.

Aujourd'hui, le médicament représente près de 15 % des dépenses de l'assurance maladie. Il s'agit donc d'un élément à la fois incontournable et déterminant de nos finances publiques.

Nous savons aussi que le fonctionnement de notre protection sociale permet aux laboratoires de voir leurs nouveaux médicaments, dont le prix est bien plus élevé que les traitements de référence, être inscrits sur cette liste quand même l'amélioration du service médical rendu n'aurait pas été démontrée – tout du moins pas suffisamment. En prenant en compte ces médicaments, notre système de protection sociale permet aux laboratoires de rentrer dans leurs frais.

Si nous ne souhaitons pas remettre en cause ce système, auquel nous sommes favorables, nous pensons toutefois qu'il doit être mieux encadré pour faire en sorte que les médicaments remboursés le soient pour des raisons réellement médicales.

Nous demandons même que cessent les différenciations de remboursement entre médicaments : certains sont remboursés à 35 %, d'autres à 75 % et d'autres encore à 100 % ! Soit un médicament est efficace et il doit être remboursé, soit il ne l'est pas et il ne doit plus figurer dans la liste.

Les patients doivent savoir que le médicament figurant sur leur ordonnance est remboursé parce qu'il est bénéfique pour leur santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, je me verrai contraint d'émettre un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Je voudrais donner quelques exemples pour illustrer la position du Gouvernement.

Madame la sénatrice, votre amendement vise à interdire le remboursement de médicaments qui n'ont pas démontré, au cours des essais cliniques, de supériorité par rapport aux traitements de référence. C'est le cas, par exemple, des génériques ou des formes buvables pour les enfants. Une telle restriction interdirait donc de recourir à des alternatives thérapeutiques pouvant s'avérer extrêmement utiles, notamment pour des patients présentant des allergies, une intolérance ou, dans certains cas, une contre-indication à des médicaments déjà remboursés.

Le fait qu'en France beaucoup de médicaments d'une même classe thérapeutique soient remboursés peut sembler critiquable. Toutefois, l'adoption de votre amendement, tel qu'il est rédigé, aboutirait à restreindre le champ des médicaments remboursés, ce qui pourrait s'avérer préjudiciable à un certain nombre de patients.

Je le répète, un rapport sur l'évaluation du médicament sera remis la semaine prochaine à Mme la ministre de la santé. Ce rapport nous permettra de préciser les pistes d'évolution nécessaire en prenant en compte les cas particuliers que je viens d'évoquer.

Pour ces raisons, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 424 rectifié est-il maintenu ?

Mme Annie David. Oui, madame la présidente.

Madame la secrétaire d'État, j'ai entendu vos propos et je conçois que notre amendement ne soit pas parfaitement rédigé. Pour autant, il revient au Gouvernement et aux parlementaires que nous sommes d'améliorer la loi. Or vous reconnaissez vous-même qu'il y a de quoi faire en la matière.

Vous nous invitez à attendre la remise à Mme Touraine du rapport du groupe de travail, remise qui devrait intervenir la semaine prochaine, et à patienter jusqu'à l'examen de l'article 42 du projet de loi relatif à la santé qui vise à opérer un toilettage. Nous reviendrons donc sur cette question au moment du débat.

Nous ne retirons pas notre amendement, car il nous semble important de manifester notre volonté de maintenir notre système de protection sociale. Depuis lundi, nous avons relevé les difficultés financières dont il souffre, et nous avons dit qu'il fallait faire des économies.

Chacun doit faire des efforts, y compris les laboratoires. Ce n'est pas seulement aux patients, aux malades, aux citoyennes et citoyens de ce pays de cotiser davantage pour moins de remboursements. Tout le monde doit faire preuve de solidarité et prendre sa part de l'effort pour le maintien de notre système de protection sociale.

Nous maintenons donc notre amendement et reviendrons sur la question lors de l'examen de l'article 42 du projet de loi relatif à la santé. Comptez sur nous pour être vigilants !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. J'avancerai un simple argument générique. (*Sourires.*)

Je voterai l'amendement du groupe CRC car il faut donner une impulsion. Nous attendrons le rapport, mais nous souhaitons aussi que les choses avancent le plus rapidement possible.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 424 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 257, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 1^{er} juillet 2016, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conséquences pour les finances sociales d'un abandon de la campagne de vaccination contre le papillomavirus.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le plan cancer préconise d'améliorer le taux de couverture de la vaccination par le vaccin antipapillomavirus. Cette action, contestée, représente un coût important pour la sécurité sociale. Cet amendement vise donc à évaluer les conséquences financières de la suppression de l'automatisme de la vaccination.

Les alertes sanitaires sur les vaccins Gardasil et Cervarix sont nombreuses : des effets indésirables graves lui sont imputés, en France et à l'étranger – décès, convulsions, syncopes, syndromes de Guillain-Barré, myélites transverses, paralysies faciales, syndromes de fatigue chronique, embolies pulmonaires, myofasciites à macrophages, pancréatites ...

Par ailleurs, les vaccins proposés atteignent des prix impressionnants : la dose de Gardasil coûte plus de 120 euros, soit plus de 360 euros pour les trois injections prescrites. Ce coût pourrait être majoré si des rappels s'avéraient nécessaires.

Vous l'aurez compris, il s'agit d'être plus sélectif en matière de vaccination.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* La commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, je me verrai contraint d'émettre un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, *secrétaire d'État.* Défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Desessard, l'amendement n° 257 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, bien sûr, madame la présidente !

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Notre groupe votera cet amendement qui soulève des problèmes tout à fait réels.

Nous devons absolument disposer d'éléments éclairés sur la vaccination pour sortir du débat binaire qui règne dans ce pays. Il ne s'agit pas d'être pour ou contre la vaccination ! Or tel n'est pas le propos.

Grâce aux travaux de nombreux scientifiques et médecins, nous savons que certains vaccins présentent des risques avérés pour la santé, notamment ceux qui contiennent des adjuvants aluminiques.

Nous avons toutes et tous assisté à des colloques, entendu des scientifiques sur ces questions. Je ne comprends pas pourquoi les pouvoirs publics s'obstinent à ne pas organiser un véritable débat. Cela permettrait d'ailleurs de relancer la vaccination en évitant toute crispation dans la population. Aujourd'hui, on a l'impression que toutes les données ne sont pas mises à disposition du public.

Dans ce débat, nous avons affaire à des personnes – je pense notamment aux représentants d'un certain nombre d'associations – qui demandent non pas la suppression de la vaccination, ce qui serait totalement irresponsable, mais la réintroduction de vaccins sans sels aluminiques.

Or ce sont aujourd'hui les laboratoires pharmaceutiques qui font la pluie et le beau temps sur cette question. Ils refusent de réintroduire ce type de vaccins, créant artificiellement des ruptures de stock, ce qui contraint la population à recevoir des injections à plusieurs valences. Quant au Gouvernement, il refuse la discussion sous prétexte que nous alimenterions un débat contre la vaccination !

À l'occasion de l'examen de cet amendement, que nous voterons, je tenais à rappeler quelle était la situation.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. J'ai eu raison de maintenir mon amendement, puisque je reçois le renfort d'un groupe important, dont l'histoire est formidable, et qui connaît bien la question, comme en témoigne l'argumentaire développé à l'instant par Mme Cohen !

Je regrette la prise de position rapide de M. le rapporteur général...

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas rapide !

M. Jean Desessard. ... et de Mme la secrétaire d'État. En maintenant cet amendement, j'atteste de notre volonté en la matière, ce qui me permet, en creux, de souligner que la commission et le Gouvernement ne nous ont pas donné satisfaction. Nous pourrions toujours en reparler lorsque des problèmes se poseront !

En effet, quand surviendront de multiples cas des maladies que j'ai citées, le débat prendra forcément de l'ampleur. Le ministère annoncera qu'il va étudier la question, et nous lui rappellerons le jour où nous avions défendu cet amendement, dont il n'avait pas voulu entendre parler ! On ne peut pas toujours s'en remettre à un rapport et se contenter d'opposer un avis défavorable aux amendements.

Je réitère ma volonté de maintenir mon amendement, madame la présidente !

Mme la présidente. Mon cher collègue, j'avais bien compris que tel était votre souhait !

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Ségolène Neuville, *secrétaire d'État.* Régulièrement, le grand public, face à toute une série de maladies difficiles à soigner, souhaite la mise au point de nouveaux vaccins. Je pense notamment au VIH, qui fait effectivement l'objet de recherches en ce sens.

Avec cet amendement, nous sommes en train de discuter de l'un des rares vaccins – ils ne sont qu'au nombre de deux – permettant d'éviter un cancer. Le vaccin contre l'hépatite B permet d'éviter le cancer du foie, qui est une conséquence grave de l'hépatite B, tandis que celui contre le papillomavirus protège du cancer du col de l'utérus, qui, je le rappelle, concerne essentiellement des jeunes filles et des femmes éloignées du système de santé. Il se trouve en effet qu'un certain nombre d'entre elles n'iront pas faire effectuer régulièrement un frottis, deuxième méthode de prévention de ce cancer.

Quand j'entends dire que c'est l'industrie pharmaceutique qui décide de mettre à disposition des vaccins polyvalents, je me demande si vous avez suivi ce qui s'est passé ces dernières années ! Ce ne sont pas les laboratoires pharmaceutiques qui ont inventé l'épidémie de rougeole ou de coqueluche ! Je ne sais pas si vous vous rendez compte que de jeunes adultes sont morts ou ont été gravement malades du fait de ces deux maladies. Car quand on a des problèmes pulmonaires, on peut en mourir !

Ces campagnes remettent en cause les vaccinations, alors même que celles-ci sont soit recommandées soit obligatoires et qu'elles permettent d'éviter des maladies graves.

Mme Laurence Cohen. Il s'agit de certains vaccins !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. De surcroît, cet hémicycle n'est pas forcément le lieu adéquat pour discuter du bien-fondé scientifique de telle ou telle vaccination. Il y a des spécialistes pour cela, et des études ont été validées. Quel est le rôle des pouvoirs publics ? C'est de suivre ce qui est recommandé par les scientifiques du pays.

Mme Laurence Cohen. C'est contesté !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Non, absolument pas !

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Ce n'est absolument pas contesté ! Pour le moment, ce vaccin est recommandé pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Toutes les études ont montré son efficacité pour ce qui concerne l'apparition de lésions liées au papillomavirus. Il n'y a aucune raison pour que les pouvoirs publics outrepassent leur rôle, en endossant celui des scientifiques.

Il y a toujours eu des polémiques. Les études scientifiques menées en France montrent bien, pour l'instant – je ne dis pas qu'il en sera ainsi de toute éternité –, que ce vaccin est efficace. Il n'y a donc aucune raison de le remettre en cause.

Je le redis, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 257.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 45 bis (nouveau)

- ① La section 2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Le 8° de l'article L. 162-9 est ainsi rétabli :
- ③ « 8° Les conditions à remplir par les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes pour être conventionné, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. » ;

- ④ 2° Le 3° de l'article L. 162-12-9 est complété par les mots : « ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ». – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 45 bis

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 249 rectifié est présenté par Mmes Deroche et Cayeux, M. Morisset, Mmes Morhet-Richaud, Imbert et Gruny, MM. D. Robert, Savary et Mouiller et Mme Procaccia.

L'amendement n° 309 rectifié est présenté par MM. Barbier, Amiel, Arnell, Castelli, Collin, Esnol et Fortassin, Mme Laborde et MM. Mézard, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 45 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 7° de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« 7° Les conditions à remplir par les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes pour exercer dans les centres de santé, notamment celles relatives aux modalités de leur exercice professionnel et à leur formation, ainsi que celles relatives aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ; ».

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 249 rectifié.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement vise à étendre aux centres de santé les dispositions adoptées à l'article 45 bis.

La régulation démographique serait incomplète et pénalisante pour les professionnels de santé libéraux, si elle ne s'appliquait pas aux centres de santé pour chaque profession de santé concernée.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 309 rectifié.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement vient d'être très bien défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est défavorable à ces deux amendements identiques.

Les professionnels n'ont pas engagé de négociation s'agissant de leur répartition dans les centres de santé. Il y aurait dès lors une rupture d'égalité à ne viser que les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes.

Sans fermer la porte à une possible régulation de l'exercice professionnel en structure collective – l'idée est effectivement intéressante –, nous avons estimé que les professionnels devaient prendre l'initiative et s'emparer du sujet.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Pour les mêmes raisons, l'avis est également défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Nous comprenons la motivation des auteurs de ces amendements identiques, à savoir une régulation équitable entre les professionnels de santé – sages-femmes, kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes – qui exercent en libéral et ceux qui le font en centres de santé.

Mais cette mesure risque dans les faits d'avoir l'effet inverse. Je prendrai l'exemple des chirurgiens-dentistes pour illustrer mon propos. Aujourd'hui, il peut exister, dans un territoire donné, un nombre important de ces praticiens susceptibles de répondre aux demandes en matière de soins bucco-dentaires. Si nous adoptions les amendements proposés, il serait inutile qu'un centre de santé s'y installe.

Or, vous en conviendrez avec moi, mes chers collègues, la population qui se rend dans les centres de santé pour recevoir des soins dentaires ne peut pas, le plus souvent, aller consulter un chirurgien-dentiste exerçant en libéral, tout simplement du fait des tarifs et de la diversité des actes non opposables et non pris en charge par la sécurité sociale. Elle ne peut guère plus aller en service hospitalier. Il faut savoir qu'il existe, sur l'ensemble du territoire national, 92 postes temps plein d'odontologistes hospitaliers, c'est-à-dire de chirurgiens-dentistes hospitaliers, et que ce nombre atteint 137 seulement, si on inclut les temps partiels.

Au groupe CRC, nous pensons que l'exercice en centres de santé est non seulement complémentaire, mais également alternatif à la pratique libérale et hospitalière. Ma démonstration vaut pour l'ensemble des professionnels visés par l'article.

Ces amendements ne peuvent s'entendre que s'il existait un véritable maillage sur l'ensemble du territoire des centres de santé, au même titre que celui des professionnels de santé libéraux. Or on en est loin ! C'est, me semble-t-il, ce qui a guidé le Gouvernement, soutenu sur ce point par notre groupe, lorsqu'il a reconnu le rôle joué par les centres de santé dans le projet de loi relatif à la santé publique.

Donc, si ce maillage existait, on pourrait parler de régulation démographique complète et équitable. Tel n'étant pas le cas, j'espère que ces arguments permettront de faire évoluer les auteurs de ces amendements, compte tenu des risques que je viens de souligner.

Si les amendements étaient maintenus en l'état, notre groupe ne pourrait pas les voter.

Mme la présidente. Madame Deroche, l'amendement n° 249 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. J'ai bien entendu la réponse de M. le rapporteur général sur mon amendement, qui est pour moi un amendement d'appel.

Les distorsions de plus en plus grandes observées entre l'exercice libéral et les autres formes d'exercice constituent aujourd'hui une réelle préoccupation. Nous l'avons assez dit au cours de l'examen du projet de loi relatif à la santé, nous sommes pour un équilibre entre ces deux types d'exercice et nous défendons l'exercice libéral. Je ne voudrais donc pas qu'au fil du temps, par petites touches, on aggrave ces distorsions.

Madame la secrétaire d'État, je vous fais confiance pour veiller à cette question. Je retire donc mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 249 rectifié est retiré.

Monsieur Arnell, l'amendement n° 309 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Je suivrai ma collègue, et je vais donc retirer cet amendement. Je veux toutefois rappeler ici que la perception du territoire n'est pas la même partout. Il convient donc d'avoir à l'esprit, au cours de nos discussions, la dimension non seulement « centrale », mais également ultramarine.

Je retire donc mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 309 rectifié est retiré.

L'amendement n° 421, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les zones définies au premier alinéa, toute nouvelle installation de médecins est suspendue. »

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. La désertification médicale que connaissent certains territoires suit une tendance inquiétante depuis plusieurs années. Il s'agit donc d'un sujet important.

Le désert médical n'est ni forcément un territoire dépeuplé ni un territoire enclavé, péri-urbain ou délaissé par les services publics. Un désert médical est tout simplement un territoire dont la population peine à accéder aux soins médicaux comparativement à la moyenne nationale.

À ce titre, notons que 63 % des Français déclarent avoir déjà été au moins une fois dans l'impossibilité de consulter un médecin généraliste ou spécialiste dans un délai raisonnable.

Or les différentes mesures incitatives mises en œuvre pour favoriser l'installation de médecins dans les zones sous-dotées n'ont pas réellement porté leurs fruits. C'est un constat. D'ailleurs, seuls 38 % des Français plébiscitent ce type de dispositions, contre 55 % qui souhaitent que des mesures d'encadrement de l'installation soient prises.

Parmi ces dernières, la limitation de l'installation des médecins dans les zones où ils sont déjà nombreux retient l'adhésion de 29 % des sondés.

Rappelons à ce titre que ce type de dispositifs existe pour d'autres professions de santé. Par exemple, les infirmiers, dans le cadre d'un conventionnement avec l'assurance maladie, ne peuvent s'installer dans une zone sur-dotée que si un infirmier libéral cesse son activité dans cette même zone.

Pour les pharmaciens, l'installation d'une nouvelle officine dans un territoire est conditionnée à une autorisation administrative délivrée par l'agence régionale de santé en fonction du nombre d'habitants.

Nous proposons que ce type de mesures soit étendu aux médecins libéraux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous n'allons pas rouvrir ce débat aujourd'hui. Une discussion est déjà intervenue dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la santé. À cette occasion, une proposition sénatoriale a vu le jour : que ce soit

pour les zones sur-denses ou sous-denses, il doit y avoir négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les médecins.

Je pense que, pour l'heure, c'est la meilleure formule. Elle est susceptible d'apporter une réponse à la question légitime que vous posez, mon cher collègue. Il existe, c'est vrai, un problème d'installation des médecins. Toutefois, le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas le cadre approprié pour rouvrir un tel débat.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Le Gouvernement ne souhaite pas, à ce stade, remettre en cause la liberté d'installation des médecins sur le territoire.

Mme la ministre de la santé présentera la semaine prochaine de nouvelles mesures qui permettront d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Il est vrai que nous avons largement évoqué cette question dans le cadre du projet de loi relatif à la santé. Le Sénat avait alors proposé une négociation, dans le cadre de la convention qui sera rediscutée en 2016, entre les régimes de sécurité sociale et les URPS, les unions régionales de professionnels de santé.

Dans cette affaire, nous avons cependant oublié une chose : l'installation concerne essentiellement les jeunes médecins, lesquels ne sont pas représentés au sein des URPS, leurs syndicats n'ayant pas été suffisamment puissants pour avoir des élus dans ce cadre. Il faudra donc que, lors de la deuxième lecture du projet de loi relatif à la santé, nous puissions réfléchir à la représentation des jeunes médecins pour ce qui concerne la négociation conventionnelle relative à l'installation.

Mme la présidente. Monsieur Watrin, l'amendement n° 421 est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

L'amendement soulève un important problème de fond : celui des inégalités territoriales de santé. À bien y regarder, ce dont souffre notre pays, ce n'est pas d'un manque de médecins. Il est vrai qu'à une époque, le *numerus clausus* a été fixé à un niveau drastiquement trop bas, ce qui a eu des effets très négatifs dans certaines zones. Mais le problème vient essentiellement de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire.

Nous discutons depuis des années de ce sujet précis ; il n'est pas normal que nous n'avancions pas ! En attendant, les inégalités territoriales de santé continuent de s'aggraver, et dans certaines zones particulièrement touchées, les problèmes d'accès aux soins, généraux ou spécialisés, se posent de manière de plus en plus dramatique.

C'est inacceptable ! Les décisions sont toujours reportées à plus tard. Je regrette que Mme la secrétaire d'État n'ait pas pu nous présenter le bilan des mesures incitatives lancées il y a quelques années déjà par Mme la ministre de la santé.

Mme Catherine Deroche. Mais il faut dix ans pour former un médecin !

M. Dominique Watrin. Si ce bilan n'a pas été fait, c'est que les résultats sont très faibles ! On ne peut pas s'en satisfaire. On nous annonce une conférence de presse ou des annonces gouvernementales. J'aurais préféré que celles-ci soient faites ici même, devant la représentation parlementaire. (*Très bien ! sur les travées du groupe CRC.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. M. le président de la commission a rappelé fort à propos que nous avons eu ce débat très longuement au cours de l'examen du projet de loi relatif à la santé, et que le Sénat avait adopté une position très modérée.

Le problème est très complexe : il y a de l'argent public et un service public, qui est confié à une médecine libérale. Or on peut affirmer qu'actuellement ce service public n'est pas rendu : il y a rupture de l'égalité des soins s'agissant non seulement des urgences – nous l'avons évoqué ce matin –, mais aussi du service ordinaire, en semaine et pendant la journée.

Certains patients n'ont même pas de médecin référent ! Quand ils en trouvent un, il peut être à trente kilomètres de leur domicile. S'ils ne peuvent pas se rendre à son cabinet, celui-ci sera obligé de se déplacer, ce qui représente des frais supplémentaires pour la sécurité sociale.

Ce problème très complexe ne pourra être réglé que par la médecine libérale elle-même, quand elle prendra conscience de sa mission de service public. C'est en discutant avec elle que nous parviendrons à une solution.

De nombreux syndicats, en particulier MG France, sont d'accord pour que la dimension territoriale de leur mission soit prise en compte dans la concertation qu'ils souhaitent avoir avec l'État. La grève des médecins d'aujourd'hui est une bonne occasion pour évoquer la question.

Attention, cependant, mes chers collègues, car la désertification médicale est surtout liée au faible nombre d'étudiants – deux sur dix seulement – qui choisissent la médecine générale et deviennent médecins de famille.

Des mesures trop coercitives risqueraient de conduire à diminuer encore ce taux. En voulant combattre la désertification médicale, on risque, au contraire, de l'aggraver, avec pour conséquence un nombre toujours plus faible de médecins généralistes ou de médecins de famille. Nous devons donc être très prudents.

De ce point de vue, la solution de sagesse adoptée par le Sénat au moment de l'examen du projet de loi relatif à la santé allait dans le bon sens, car il faut une concertation. Nous avons besoin d'un Grenelle de la médecine libérale pour rétablir un véritable service public, lequel est actuellement défaillant.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Je voudrais dire à M. Watrin que jamais le ministère n'a refusé de faire le bilan des dispositifs d'incitation au motif que leurs résultats ne seraient pas bons.

Sachant qu'il faut dix ans pour former un médecin, et que ces dispositifs n'ont été mis en place qu'il y a quelques années, à destination de nouveaux étudiants dont les études ne sont pas encore aujourd'hui terminées, le bilan est par définition incomplet.

Le résultat sera certainement positif ; laissons à ces dispositifs le temps de produire leurs effets !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 421.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 420, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-8-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-8-... – Ce zonage est établi en fonction de critères qui prennent en compte :

« 1° La densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ;

« 2° La part de la population qui est âgée de plus de soixante-quinze ans ;

« 3° La part des professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé ou un centre de santé ;

« 4° L'éloignement des centres hospitaliers ;

« 5° La part des professionnels de santé qui sont autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

« Ce zonage est soumis pour avis à la conférence régionale de santé. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Aux termes de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique, le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé, ou au contraire insuffisant.

Dans les cas où l'offre de soins de premier recours ne répond pas aux besoins de la population, le directeur ou la directrice de l'agence régionale de santé peut proposer aux médecins un « contrat santé solidarité », par lequel ils s'engagent à favoriser l'accès aux soins de la population.

Il est prévu que l'évaluation des besoins soit réalisée trois ans après l'entrée en vigueur du schéma régional d'organisation des soins, suivant des critères définis par arrêtés ministériels.

Nous proposons de fixer dans la loi les critères permettant de délimiter les zones dans lesquelles les besoins de santé ne sont pas satisfaits.

Seraient ainsi pris en compte : la densité, le niveau d'activité et l'âge des professionnels de santé ; la part de la population âgée de plus de soixante-quinze ans ; la part des professionnels de santé qui exercent dans une maison de santé ou un centre de santé ; l'éloignement des centres hospitaliers ; la part des professionnels de santé autorisés à facturer des dépassements d'honoraires.

Le zonage ainsi déterminé serait soumis pour avis à la conférence régionale de santé, qui rassemble les élus locaux et les principaux acteurs du système de santé dans la région.

À l'heure où la majorité de nos concitoyennes et de nos concitoyens estiment qu'on doit faire davantage pour lutter contre les déserts médicaux et que 55 % d'entre eux se disent favorables à un meilleur encadrement des médecins, cette

mesure me semble constituer un préalable nécessaire. Elle a l'avantage d'impliquer le législateur et de créer les conditions d'une analyse fine de la situation de l'accès aux soins sur le territoire. Elle constitue un point d'appui pour agir contre les déserts médicaux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'avis est défavorable, comme pour l'amendement précédent, et pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 420.
(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 419 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6-... – Dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de leur diplôme d'État de docteur de médecine, les médecins désireux d'exercer leurs fonctions à titre libéral en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils souhaitent exercer. Ils doivent s'installer pour une durée au moins égale à deux ans dans un territoire sous doté en offre de soins de premier recours.

« Le premier alinéa s'applique également aux médecins titulaires des titres de formation mentionnés à l'article L. 4131-1 et à ceux mentionnés à l'article L. 4131-1-1, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement s'inscrit dans la continuité du précédent : il s'agit toujours de lutter contre les déserts médicaux.

Au 1^{er} janvier 2009, selon l'INSEE, la France comptait 101 667 médecins généralistes et 107 476 médecins spécialistes. Pourtant, les missions régionales de santé estimaient en 2012 à 2,3 millions le nombre de personnes vivant dans 643 zones identifiées comme « en difficulté » ou « fragiles » en termes d'accès aux soins.

En effet, les médecins sont inégalement répartis sur le territoire. On compte, par exemple, 419 médecins pour 100 000 habitants en région PACA, contre 260 en région Picardie.

L'accès aux soins est difficile pour de nombreux Français. Les temps de parcours sont, de ce point de vue, éloquentes : selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, parue en 2011, 20 % des personnes résidant en Corse, en Limousin, en Bourgogne ou en Auvergne ont plus de trente minutes de trajet pour consulter un spécialiste, et près d'un tiers des femmes résidant en Corse ou en Limousin vivent à plus de quarante-cinq minutes de trajet de la maternité la plus proche.

Ce phénomène tend en outre à s'accroître : la DREES estime que le nombre de médecins diminuera de 25 % en zone rurale et de 11 % en zone périurbaine d'ici à 2030.

Nous proposons donc d'ajouter aux mesures incitatives existantes un dispositif obligeant tout médecin qui souhaite s'installer en profession libérale à l'issue de sa formation à rejoindre un secteur géographique souffrant d'un nombre insuffisant de médecins, pour une durée minimum de deux ans.

Cette mesure est inspirée des travaux de l'ANEM, l'Association nationale des élus de la montagne, et figure dans deux propositions de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire, déposées en 2011.

Il ne s'agit donc pas d'une mesure coercitive dont l'écho ne se ferait entendre que dans les rangs communistes. Au contraire, cette disposition répond à un besoin réel des territoires, et de nombreux élus venant de différents groupes saluent sa pertinence, comme j'ai pu l'apprécier lors de la dernière réunion du groupe d'études « Développement économique de la montagne » de notre assemblée.

Vous le voyez, nous ne sommes pas cloisonnés à la région parisienne, mais nous étendons notre propos à l'ensemble du territoire, outre-mer compris !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'avis est défavorable, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Le dispositif proposé ressemble fort au contrat d'engagement de service public, qui a été réformé en 2012 et rendu plus attractif.

Ces contrats sont proposés aux étudiants en médecine à partir de leur deuxième année. Ceux-ci peuvent recevoir une allocation mensuelle de 1 200 euros s'ils acceptent de s'installer en zone sous-dense au terme de leur internat, la durée de leur installation devant correspondre à celle pendant laquelle ils ont touché l'allocation. À ce jour, 1 325 contrats ont été signés, soit une augmentation de 325 % depuis 2012.

Des mesures permettent donc déjà d'améliorer l'attractivité de l'installation en zones sous-denses pour les jeunes médecins.

Par ailleurs, l'ouverture de maisons de santé pluriprofessionnelles en zones sous-dense a montré son efficacité pour maintenir des professionnels de santé sur un territoire, mais aussi pour faire connaître les territoires ruraux aux jeunes internes, *via* leur accueil dans le cadre de stages – ce qui peut les inciter à revenir. L'objectif est d'atteindre le nombre de 1 000 maisons de santé en 2017 sur l'ensemble du territoire ; 700 ou presque sont déjà ouvertes.

Les mesures récemment prises témoignent donc indéniablement d'un progrès dans la lutte contre la désertification médicale.

Pour toutes ces raisons, j'émet un avis défavorable sur cet amendement, qui ne me paraît pas justifié.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 419 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 422, présenté par Mmes Cohen et David, M. Wattrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'expérimentation d'un financement par l'État et les collectivités territoriales des études de médecine pour les étudiants boursiers en contrepartie d'un engagement à exercer dans les zones sous-densifiées du territoire.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Une bourse de 1 200 euros par mois est allouée aux étudiants en médecine s'ils s'engagent à s'installer en secteur 1 dans une zone définie par l'ARS.

Chaque collectivité territoriale possède, par ailleurs, un budget dédié à aider financièrement les étudiants en médecine qui souhaiteraient effectuer un stage ou un semestre dans une zone jugée déficitaire par les ARS.

Pourtant, deux écueils demeurent.

Le premier est le manque de visibilité globale de tels dispositifs. Compte tenu de leur disparité, et faute de rapport du ministère de la santé, il est impossible de mesurer les effets de ces contractualisations sur l'installation de médecins en zones sous-dotées. Nous venons seulement d'obtenir quelques éléments chiffrés.

Nous proposons donc d'inscrire dans la loi le principe de l'évaluation de ces politiques, sous la forme d'un rapport que le Gouvernement remettra sous six mois au Parlement. Il est important d'évaluer ! Il s'agit d'être à la hauteur de nos ambitions s'agissant du redéploiement des médecins, toutes spécialités confondues, sur le territoire.

Le second écueil est l'importante reproduction sociale qui prévaut encore dans les études de médecine.

Les bourses universitaires ne couvrent – imparfaitement d'ailleurs – que les frais d'études, et sont loin d'être à la hauteur du surinvestissement qu'exigent de tels études, tant du point de vue de l'intensité du travail que du point de vue financier. Comment espérer, en effet, réussir un concours d'entrée sans bénéficier, au contraire d'une grande partie des candidats, de cours particuliers, de conditions sociales et d'études favorables ?

Il serait donc souhaitable que les étudiants des milieux populaires puissent disposer d'une aide supplémentaire. Ils pourraient ainsi, à terme, faire bénéficier les territoires sous-dotés, dont ils sont parfois eux-mêmes issus, de leur formation.

Une action ciblée à destination des étudiants boursiers, accompagnée d'un rapport sur les fruits d'un tel dispositif, nous semble donc les meilleurs outils pour lutter contre la désertification médicale.

Enfin, ces dispositifs pourraient avoir des effets pervers. *A priori*, ceux qui seraient tentés par de telles aides financières sont ceux qui rencontrent des difficultés de financement pour leurs études. Dès lors, une fracture risque d'apparaître entre les médecins les plus favorisés, qui continueront de s'installer où ils veulent, et les autres, qui devront s'établir dans les déserts médicaux.

Par conséquent, selon nous, la réflexion sur la régulation de l'implantation des médecins, qui est déjà engagée, doit être encore plus poussée, afin de soutenir les étudiants issus des classes populaires sans reproduire une sélection sociale qui deviendrait une sélection spatiale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Mon avis est défavorable, pour les raisons que j'ai évoquées précédemment.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. En réalité, le Parlement dispose déjà de toutes ces données. Un bilan de la mise en œuvre des contrats figure dans les questionnaires parlementaires présentés chaque année dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Laurence Cohen. Je le retire, madame la présidente !

Mme la présidente. L'amendement n° 422 est retiré.

Article 45 ter (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :
- ③ a) La deuxième phrase du premier alinéa du I est complétée par les mots : « et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;
- ④ b) Au premier alinéa du II, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ainsi que des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 » ;
- ⑤ 2° L'article L. 165-3 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au début du premier alinéa, la mention : « I. – » est supprimée ;
- ⑦ b) Au début du troisième alinéa, la mention : « II. – » est supprimée ;
- ⑧ 3° Après l'article L. 165-4, il est inséré un article L. 165-4-1 ainsi rédigé :
- ⑨ « Art. L. 165-4-1. – I. – Le cadre des conventions mentionnées aux articles L. 165-2, L. 165-3 et L. 165-4 peut être précisé par un accord-cadre conclu entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs ou organisations regroupant les fabricants ou distributeurs des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1.
- ⑩ « Sans préjudice de l'article L. 162-17-4, cet accord-cadre prévoit notamment les conditions dans lesquelles les conventions déterminent :
- ⑪ « 1° Les modalités d'échanges d'informations avec le comité en matière de suivi et de contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables ;
- ⑫ « 2° Les conditions et les modalités de mise en œuvre, par les fabricants ou distributeurs, d'études, y compris d'études médico-économiques, postérieures à l'inscription des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1.
- ⑬ « L'accord-cadre prévoit également les conditions dans lesquelles le comité met en œuvre une réduction des tarifs de responsabilité et, le cas échéant, des prix de certaines catégories de produits et prestations mentionnés

à l'article L. 165-1 pour garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au II de l'article L. 162-17-3 et à l'article L. 165-4.

⑭ « II. – En cas de manquement par un fabricant ou un distributeur à un engagement souscrit en application du 2° du I du présent article, le Comité économique des produits de santé peut prononcer à son encontre, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

⑮ « Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre des produits ou prestations faisant l'objet de l'engagement souscrit, durant les douze mois précédant la constatation du manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de l'importance du manquement constaté.

⑯ « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

⑰ « Les règles, les délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée au présent II sont définis par décret en Conseil d'État. »

Mme la présidente. L'amendement n° 59, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

b) Le II est abrogé ;

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 59.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 96 rectifié, présenté par M. Cigolotti et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Après les mots :

pour garantir

insérer les mots :

, sur la base d'une prise en compte des transferts de dépenses Hôpital/Ville,

La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Au travers de cet amendement très technique, nous proposons de préciser que l'évaluation de l'augmentation des dépenses de dispositifs médicaux doit prendre en compte les transferts de dépenses de l'hôpital vers la ville.

L'article 45 *ter* met en place un mécanisme de régulation des dépenses de dispositifs médicaux par le Comité économique des produits de santé, le CEPS, visant à garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses de dispositifs médicaux avec l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM.

L'article complète donc les missions du CEPS pour lui confier le soin de définir un mécanisme permettant d'assurer cette compatibilité.

Toutefois, il y a un problème. Dans sa rédaction actuelle, l'article 45 *ter* met en comparaison, voire en balance l'évolution de l'ONDAM général et celle de la seule liste des produits et prestations, la LPP. Or cette dernière ne représente qu'un gros tiers des dépenses des dispositifs médicaux. Les autres dépenses, qui relèvent également de l'ONDAM général, s'effectuent à l'hôpital.

La part des dépenses des dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations est artificiellement et substantiellement gonflée par ces transferts de dépenses de l'hôpital vers la ville. Dans ces conditions, il paraît tout à fait injuste de vouloir les faire évoluer au même rythme que l'ONDAM.

C'est pourquoi l'accord-cadre du CEPS doit prendre en compte les transferts de dépenses entre l'hôpital et la médecine de ville pour piloter les dépenses des dispositifs médicaux.

Pour résumer l'objet de cet amendement très technique, nous souhaitons nous assurer que la mise en œuvre de la disposition envisagée ne constituera pas un frein au développement d'une prise en charge ambulatoire ou au domicile des patients.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 334 rectifié *ter* est présenté par Mmes Imbert, Gruny et Morhet-Richaud, MM. Savary, Mandelli et D. Laurent, Mme Deroche, M. Lefèvre, Mmes Lamure et Deromedi et M. Calvet.

L'amendement n° 354 est présenté par M. Daudigny, Mme Bricq, M. Caffet, Mmes Campion et Claireaux, M. Durain, Mmes Emery-Dumas, Féret et Génisson, MM. Godefroy, Jeansannetas et Labazée, Mmes Meunier, Riocreux et Schillinger, MM. Tourenne et Vergoz, Mme Yonnet, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 13

Après les mots :

des dépenses correspondantes

insérer les mots :

, pondéré par l'impact des transferts de dépenses visant à favoriser le développement de l'ambulatoire, la réduction des durées de séjours hospitaliers et la prise en charge à domicile,

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 334 rectifié *ter*.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement a le même objet que celui qui vient d'être défendu par notre collègue Gérard Roche. Nous proposons simplement une rédaction différente pour l'alinéa 13.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 354.

M. Yves Daudigny. Dans le cadre de la régulation des prix et tarifs des dispositifs médicaux qui pourra être mise en œuvre par voie conventionnelle au sein du CEPS, prévue par cet article 45 *ter*, notre attention a été appelée sur les facteurs de croissance de la liste des produits et prestations, la LPP, pris en charge par l'assurance maladie, en particulier sur le transfert d'une partie des soins hospitaliers vers les soins de ville.

Le virage ambulatoire, qui tend à soulager le système hospitalier des prises en charge pouvant être assurées en soins de ville, et la diminution des durées d'hospitalisation corrélative à l'augmentation des prises en charge à domicile ont pour conséquence la réduction des dépenses globales de l'hôpital, donc le report d'une partie de ces dépenses relatives aux dispositifs médicaux sur la LPP.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, dresse ce même constat dans sa dernière édition des comptes de la santé en 2014 concernant les facteurs de croissance de la liste des produits et prestations.

Nous vous proposons donc que le transfert de dépenses puisse être pris en compte dans le cadre de la négociation sur les prix et tarifs des dispositifs médicaux que pourra mener le CEPS. Et comme il s'agit d'une discussion, la simple mention du principe de cette prise en compte dans le texte de l'article nous semble suffisante.

Je souhaite apporter deux précisions. D'une part, les représentants des entreprises concernées ne contestent pas la légitimité d'un système de régulation des dépenses de produits médicaux. D'autre part, comme vous le savez, mes chers collègues, le secteur est essentiellement constitué de petites et moyennes entreprises ; soyons attentifs à ne pas le déstabiliser.

Encore une fois, il s'agit ici d'une négociation qui sera ouverte entre le CEPS et le secteur des dispositifs médicaux, qui fixeront les termes du débat. Néanmoins, il nous semble utile que la prise en compte des effets du transfert de dépenses hospitalières sur les soins de ville soit inscrite à l'ordre du jour de leurs travaux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le CEPS est pleinement conscient des conséquences du virage ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile sur l'augmentation des dépenses de dispositifs médicaux. Nous pouvons avoir la certitude qu'il prendra ces axes de développement de notre système de soins dans ses relations conventionnelles avec les industriels du secteur. Néanmoins, ces derniers nous ont fait part d'une inquiétude compréhensible.

La commission s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur cet amendement, en suggérant le retrait de l'amendement n° 96 rectifié au profit des amendements identiques n° 334 rectifié *ter* et 354, dont la rédaction lui paraît meilleure d'un point de vue juridique.

Elle souhaite également connaître la position du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel donc est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. L'article 45 *ter* prévoit que l'accord-cadre doit garantir la « compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Cependant, « compatibilité » ne signifie pas transposition à l'identique de l'évolution de l'ONDAM ou d'un de ses sous-objectifs. Il s'agit simplement d'examiner quelle est l'évolution de la dépense de produits et prestations qui permet de respecter l'ONDAM.

Peut-être les auteurs des trois amendements en discussion commune ont-ils mal interprété cette disposition. Les transferts évoqués et les autres facteurs d'évolution de la dépense ont évidemment vocation à être pris en compte.

Ces trois amendements me semblent donc satisfaits. Leur adoption aurait pour effet d'introduire une redondance dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ce ne serait pas seulement inutile ; ce serait même contreproductif pour la nécessaire régulation de ce poste de dépenses. Mesdames, messieurs les sénateurs, je vous rappelle que celui-ci est aujourd'hui extrêmement dynamique et que les marges de manœuvre y demeurent importantes. Je sais que vous êtes extrêmement attentifs à ces questions.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de ces trois amendements. À défaut, son avis serait défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Roche, l'amendement n° 96 rectifié est-il maintenu ?

M. Gérard Roche. Non, à la demande de M. le rapporteur général, je le retire au profit des amendements identiques n°s 334 rectifié *ter* et 354, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 96 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Je remercie M. le rapporteur général d'avoir salué la rédaction de mon amendement et de celui de M. Daudigny. Je pense qu'il a bien compris quel était notre objectif.

Cela étant, j'ai entendu les explications de Mme la secrétaire d'État. Le débat aura au moins permis de clarifier la situation. Nous resterons vigilants pour que « compatibilité » ne devienne pas « superposition » et pour que les transferts soient bien pris en compte.

Dans ces conditions, je retire l'amendement n° 334 rectifié *ter*, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 334 rectifié *ter* est retiré.

Qu'en est-il de l'amendement n° 354, monsieur Daudigny ?

M. Yves Daudigny. Mon amendement est identique à celui de Mme Deroche, et j'ai la même réaction qu'elle !

Je retire donc l'amendement n° 354, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 354 est retiré.

Je mets aux voix l'article 45 *ter*, modifié.

(L'article 45 *ter* est adopté.)

Article 46

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le 7° de l'article L. 121-7 est abrogé ;
- ③ 2° Au *b* de l'article L. 313-3, la référence : « *b* du » et les mots : « , ainsi que pour les établissements et services mentionnés au *a* du 5° du I du même article » sont supprimés ;
- ④ 3° Au 1° de l'article L. 314-3-1, la référence : « *b* du » est supprimée ;
- ⑤ 4° Le premier alinéa de l'article L. 314-4 est ainsi modifié :
 - ⑥ *a*) La référence : « aux *a* du 5° , » est supprimée ;
 - ⑦ *b*) Après le mot : « considéré », la fin est supprimée ;
- ⑧ 5° À l'article L. 345-3, les mots : « ou dans un centre d'aide par le travail » sont supprimés et le mot : « leur » est remplacé par le mot : « la » ;
- ⑨ 6° À l'article L. 344-4, les mots : « des centres d'aide par le travail » sont remplacés par les mots : « des établissements mentionnés au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 » et les mots : « pour les établissements de rééducation professionnelle par l'assurance maladie, et pour les centres d'aide par le travail par l'aide sociale à la charge de l'État » sont remplacés par les mots : « par l'assurance maladie ».
- ⑩ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑪ 1° Le 3° de l'article L. 160-8, dans sa rédaction résultant de l'article 39 de la présente loi, est ainsi rédigé :
- ⑫ « 3° La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles :
 - ⑬ « *a*) Des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés aux 2° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-2, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation ;
 - ⑭ « *b*) Des frais de fonctionnement liés à l'activité sociale ou médico-sociale des établissements mentionnés au 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ; »
- ⑮ 2° L'article L. 412-8 est ainsi modifié :
- ⑯ *a*) Après le 17°, il est inséré un 18° ainsi rédigé :
- ⑰ « 18° Les bénéficiaires de mises en situation dans les établissements et services définis au *a* du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles prescrites par les maisons départementales des personnes handicapées, par les organismes assurant des services d'évaluation ou d'accompagnement des besoins des personnes handicapées mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 146-3 du même code ou par des organismes accompagnant des mises en situation ayant passé une convention avec la maison départementale des personnes handicapées leur ouvrant la possibilité de prescrire ces

mises en situation, au titre des accidents survenus par le fait ou à l'occasion de leur participation à ces mises en situation. » ;

- ⑮ b) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « et 17° » est remplacée par les références : « , 17° et 18° ».
- ⑲ III. – Le I et le 1° du II s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2017. – (Adopté.)

Articles additionnels après l'article 46

Mme la présidente. Je suis saisie de treize amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 35 rectifié *quinquies*, présenté par M. Mouiller, Mmes Cayeux et Canayer, M. Pellevat, Mme Morhet-Richaud, M. Doligé, Mme Lopez, MM. Grosdidier, César, J.P. Fournier, Mandelli et Morisset, Mme Hummel, MM. Houpert et Husson, Mme Lamure, MM. Bouchet, Chaize et Lefèvre, Mmes Estrosi Sassone et Bouchart et MM. Perrin et Revet, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, sont insérés deux articles L. 314-3-1-1 et L. 314-3-1-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 314-3-1-1. – Les autorités mentionnées à l'article L. 313-3 financent exclusivement des établissements ou services situés sur le territoire national, sauf pour les personnes handicapées dont le domicile est situé à une distance inférieure à une distance fixée par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées.

« Toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à la date d'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2016 peut continuer à bénéficier des prestations financées par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3.

« À compter du 1^{er} janvier 2016, l'autorité mentionnée à l'article L. 313-3 est tenue de mettre en œuvre, sauf opposition de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision d'orientation mentionnée à l'article L. 241-6 à toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans un délai fixé par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées.

« Art. L. 314-3-1-2. – Les crédits d'assurance maladie consacrés, au 31 décembre 2015, au financement des prestations servies par des établissements pour personnes handicapées situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, abondent les objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-1. »

La parole est à Mme Caroline Cayeux.

Mme Caroline Cayeux. Aujourd'hui, du fait de l'absence de dispositif adapté dans notre pays, plus de 6 500 personnes handicapées françaises, dont 1 500 enfants et au moins

5 000 adultes, sont accompagnées par des établissements médico-sociaux belges, dont plus de 4 000 ne sont pas des frontaliers.

Pour nombre de ces personnes, le départ vers une réponse en Belgique n'est pas un choix ; c'est une contrainte imposée par le manque de réponses adéquates sur le territoire national.

Ces personnes, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, présentent souvent des cas de handicap complexes, nécessitant des accompagnements lourds.

Aujourd'hui, certaines familles se retrouvent face au choix intolérable de voir un proche – il s'agit parfois d'enfants âgés d'à peine dix ans – partir vivre à plusieurs centaines de kilomètres, avec des conséquences multiples : rupture familiale, parents vieillissants ne pouvant plus effectuer de visites en raison de contraintes de déplacement...

Le Gouvernement vient d'annoncer le déblocage de 15 millions d'euros pour limiter les départs en Belgique. Cette mesure va évidemment dans le bon sens, mais elle ne suffira pas à couvrir l'ensemble des besoins. À cet égard, le coût actuel de l'accueil en Belgique pour la France s'élève à quelque 250 millions d'euros par an et permet de financer 4 000 emplois en Belgique.

Le financement de ces accompagnements est assuré par l'ONDAM médico-social pour les enfants, l'assurance maladie et les dépenses de soins de ville pour les adultes bénéficiant d'une orientation en maison d'accueil spécialisé, l'assurance maladie et les conseils départementaux pour les adultes bénéficiant d'une orientation en foyer d'accueil médicalisé, les conseils départementaux pour les adultes bénéficiant d'une orientation en foyer de vie.

Cet amendement a donc pour objet de mettre un terme à ces départs imposés de personnes handicapées vers un pays pour défaut de réponse adaptée sur le territoire national.

Toutefois, nous proposons deux exceptions. D'une part, nous voulons permettre aux ressortissants frontaliers de bénéficier d'une réponse étrangère, quelquefois géographiquement plus proche qu'une réponse française. D'autre part, nous souhaitons que les personnes exilées depuis plusieurs années puissent avoir le choix de rentrer ou non en France.

Enfin, cet amendement vise à assurer le transfert des crédits d'assurance maladie consacrés actuellement au financement de prises en charge médico-sociales dans un pays étranger au sein de l'ONDAM médico-social géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA.

Mme la présidente. L'amendement n° 98 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Cayeux, M. G. Bailly, Mme Lamure, M. Pellevat, Mme Morhet-Richaud, M. Doligé, Mme Lopez, MM. Grosdidier, César, Chaize, Bouchet, Lefèvre, J.P. Fournier, Mandelli et Morisset, Mme Hummel, MM. Houpert et Husson, Mme Estrosi Sassone et MM. Perrin et Revet, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, sont insérés deux articles L. 314-3-1-... et L. 314-3-1-... ainsi rédigés :

« *Art. L. 314-3-1...* – Les autorités mentionnées à l'article L. 313-3 financent exclusivement des établissements ou services situés sur le territoire national, sauf pour les personnes handicapées dont le domicile est situé à une distance inférieure à une distance prévue par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées.

« Toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2016, peut continuer à bénéficier des prestations financées par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3.

« À compter du 1^{er} janvier 2018, l'autorité mentionnée à l'article L. 313-3 est tenue de mettre en œuvre, sauf opposition de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision d'orientation mentionnée à l'article L. 241-6, à toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans un délai fixé par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées.

« *Art. L. 314-3-1...* – Les crédits d'assurance maladie consacrés, au 31 décembre 2017, au financement des prestations servies par des établissements pour personnes handicapées situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, abondent les objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-1. »

La parole est à Mme Caroline Cayeux.

Mme Caroline Cayeux. Cet amendement a le même objet que le précédent, à la différence que la date d'entrée en vigueur du dispositif serait fixée au 1^{er} janvier 2018, et non au 1^{er} janvier 2016.

Mme la présidente. L'amendement n° 258 rectifié, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-1... ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-3-1...* – Les autorités mentionnées à l'article L. 313-3 financent exclusivement des établissements ou services situés dans le territoire national sauf pour les personnes handicapées dont le domicile est situé à une distance inférieure prévue par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

« Toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2016, peut continuer à bénéficier des prestations financées par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3.

« À compter du 1^{er} janvier 2016, l'autorité mentionnée à l'article L. 313-3 est tenue de mettre en œuvre, sauf opposition de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision d'orientation mentionnée à l'article L. 241-6 à toute personne

accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen, dans un délai fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.

« Le non-respect par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3 des dispositions du premier alinéa, pour les personnes admises à partir du 1^{er} janvier 2016 dans un établissement, donne lieu au versement d'une amende égale au montant des sommes versées pour ces personnes aux établissements situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'espace économique européen. Les modalités de recouvrement de cette amende sont fixées par décret. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement est très proche de ceux qui viennent d'être présentés. Il y a effectivement plus de 6 500 personnes handicapées françaises qui sont accompagnées par des établissements médico-sociaux belges, dont plus de 4 000 ne sont pas des frontaliers. Pour beaucoup, le départ vers une réponse en Belgique est une contrainte, et non un choix.

Ces personnes, enfants ou adultes, présentent souvent des cas de handicap complexes nécessitant des accompagnements lourds : autisme, troubles envahissants du développement, psychoses infantiles, maladies rares...

Aujourd'hui, certaines familles se retrouvent face au choix intolérable de voir un proche, quelquefois âgé d'à peine dix ans, partir vivre à plusieurs centaines de kilomètres, avec des conséquences multiples : rupture familiale, déracinement, parents vieillissants ne pouvant plus effectuer de visites compte tenu des contraintes de déplacement, parents de jeunes enfants qui ont le sentiment de l'abandonner loin de chez eux ou de basculer dans la case insupportable des « sans solution ».

Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Les quatre amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 9 rectifié *bis* est présenté par MM. Vasselle, del Picchia et César, Mme Lopez, MM. Houel et G. Bailly, Mme Hummel, MM. Bizet, Leleux, Lefèvre, Calvet, Raison, Morisset, Carle, Chaize et Cardoux, Mme Deseyne, M. B. Fournier, Mmes Duchêne et Micouleau, M. D. Laurent, Mme Deroche et M. Revet.

L'amendement n° 22 rectifié est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel, MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot et Médevielle, Mme Doineau, M. Gabouty, Mme Loisier et MM. Canevet et Delcros.

L'amendement n° 339 rectifié *bis* est présenté par MM. Gremillet, Cambon et Savary, Mmes Troendlé et Lamure, M. de Raincourt, Mme Morhet-Richaud, MM. Perrin et Chasseing et Mme Procaccia.

L'amendement n° 427 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-3-1-1. – Les autorités mentionnées à l'article L. 313-3 financent exclusivement des établissements ou services situés sur le territoire national, sauf pour les personnes handicapées dont le domicile est situé à une distance inférieure à une distance fixée par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées.

« Toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen à la date d'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2016 peut continuer à bénéficier des prestations financées par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3.

« À compter du 1^{er} janvier 2016, l'autorité mentionnée à l'article L. 313-3 est tenue de mettre en œuvre, sauf opposition de la personne handicapée ou de son représentant légal, la décision d'orientation mentionnée à l'article L. 241-6 à toute personne accueillie dans un établissement situé en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans un délai fixé par arrêté du ministre en charge des personnes handicapées. »

La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour présenter l'amendement n° 9 rectifié *bis*.

M. Jean-Noël Cardoux. Je ne reprendrai pas les arguments déjà développés par mes collègues.

J'ajouterai simplement qu'il s'agit là d'une demande forte des associations. En effet, elle concerne des personnes handicapées psychiques, bien souvent des enfants autistes, et ce problème est récurrent depuis des années. À l'époque où j'intervenais dans le domaine social, dans mon département, c'était d'ailleurs une demande récurrente des associations de personnes handicapées. Je sais que l'on ne va pas créer des places en un jour. Je salue d'ailleurs la volonté du Gouvernement de débloquer des fonds pour répondre à ce problème.

Pour des raisons que chacun comprendra, les personnes handicapées concernées sont souvent des personnes « à problèmes », ce qui malheureusement peut susciter des troubles dans un environnement de personnes handicapées « classiques ». Nous avons constaté que certains directeurs d'établissement, voulant protéger leur organisation et leur environnement, évitaient de déclarer les places libres. Il doit donc y avoir – les choses n'ayant pas sensiblement évolué en quelques années – des places non affectées en France qui répondraient à cet objectif.

Mme Michelle Meunier. Tout à fait !

M. Jean-Noël Cardoux. Il faudrait mettre en place une démarche de recensement des places disponibles – nous avons déjà essayé d'en engager une dans mon département – dans tous les établissements de personnes répondant à ces critères, recensement qui serait centralisé par les conseils départementaux.

Cette question pourrait être débattue au sein du conseil départemental du handicap, de manière à inciter, dans des conditions à déterminer et avec des éléments amortisseurs, les directeurs d'établissement à accepter une partie de ces personnes handicapées, pour lesquelles nous rencontrons

de graves problèmes, ce qui provoque une situation extrêmement douloureuse pour les familles lorsque celles-ci sont obligées d'aller en Belgique ou ailleurs.

Mme la présidente. Les amendements n°s 22 rectifié et 339 rectifié *bis* ne sont pas soutenus.

La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 427.

M. Dominique Watrin. Il s'agit d'un problème crucial. Actuellement, plusieurs milliers de personnes handicapées se trouvent sans aucune solution d'accueil et d'accompagnement.

Sur quelque 47 427 personnes concernées en France, un quart est situé dans la seule région Nord-Pas-de-Calais, soit 11 038 personnes. Vous comprendrez que nous soyons particulièrement sensibles à cette question. Par ailleurs, un tiers des adultes et deux tiers des 1 500 enfants placés en Belgique proviennent du Nord-Pas-de-Calais.

Selon l'UNAPEI, l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis, la grande majorité des personnes concernées – enfants ou adultes – présentent des handicaps complexes.

Je précise que ce n'est pas parce que l'on habite le Nord-Pas-de-Calais que l'on est frontalier ou à proximité d'un établissement situé en Wallonie. En effet, on peut très bien résider à Lille et se trouver à 200 kilomètres d'un établissement placé à Liège. La question se pose donc, y compris, et en premier lieu en raison des chiffres importants que j'ai cités, dans le Nord-Pas-de-Calais pour les parents.

Il ne s'agit pas ici d'interrompre le financement du séjour des personnes déjà placées, car celles-ci se trouveraient alors dans des situations particulièrement dramatiques, mais il s'agit d'interdire aux autorités compétentes de financer des établissements ou des services hors du territoire national pour des personnes qui pourraient disposer d'un accueil proche de leur domicile.

La question qui est ici posée est celle du déracinement et de la culpabilisation de parents obligés de se séparer de leurs enfants et de les éloigner d'eux. C'est une question avant tout humaine.

Certes, la proposition peut paraître quelque peu radicale. Je précise néanmoins que les deux départements du Nord et du Pas-de-Calais ont pris cette mesure et arrêté le financement pour ce qui concerne leur compétence de la prise en charge en Wallonie, où l'on a affaire à un système particulièrement juteux. En Wallonie, ce n'est ni le système belge qui prévaut, ni le système français ; c'est un système à guichet ouvert, permettant de récupérer tout à la fois l'emploi et ce type d'activité.

Mme la présidente. Les quatre amendements suivants sont également identiques.

L'amendement n° 7 rectifié *bis* est présenté par MM. Vassel, del Picchia, César, Houel et G. Bailly, Mme Hummel, MM. Bizet, Leleux, Lefèvre, Calvet, Raison, Morisset, Carle, Chaize et Cardoux, Mme Deseyne, M. B. Fournier, Mmes Duchêne et Micoulet, MM. D. Laurent et Dassault, Mme Deroche et M. Revet.

L'amendement n° 23 rectifié est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel, MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle et Gabouty, Mme Loisier et MM. Canevet et Delcros.

L'amendement n° 247 est présenté par Mme Bouchart.

L'amendement n° 428 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-3-1-2 – I. – Les crédits d'assurance maladie consacrés, au 31 décembre 2015, au financement des prestations servies par des établissements pour personnes handicapées situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, abondent les objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-1.

« II. – Le non-respect du premier alinéa de l'article L. 314-3-1-1 par les autorités mentionnées à l'article L. 313-3, pour les personnes admises à partir du 1^{er} janvier 2016 dans un établissement, donne lieu au versement d'une amende égale au montant des sommes versées pour ces personnes aux établissements situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Les modalités de recouvrement de cette amende sont fixées par décret. »

La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour présenter l'amendement n° 7 rectifié *bis*.

M. Jean-Noël Cardoux. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n° 23 rectifié et 247 ne sont pas soutenus.

La parole est à M. Dominique Watrin, pour présenter l'amendement n° 428.

M. Dominique Watrin. Cet amendement se justifie par son texte même. Il s'agit de rediriger les financements de l'assurance maladie actuellement consacrés à l'accueil de nos concitoyens handicapés pour financer les établissements en France ; cela permettrait de compenser les surcoûts sur l'ONDAM médico-social et d'assurer le financement de places nouvelles, ainsi que l'adaptation de l'offre.

Mme la présidente. L'amendement n° 259 rectifié, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-3-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 314-3-1-... – Les crédits d'assurance maladie consacrés, au 31 décembre 2015, au financement des prestations servies par des établissements pour personnes handicapées situés en Suisse, dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, abondent les objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-1. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le présent amendement vise à assurer le transfert des crédits d'assurance maladie consacrés actuellement au financement de prises en charge médico-sociales dans un pays étranger au sein de l'ONDAM médico-social géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA.

Mme la présidente. L'amendement n° 146 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mme Cayeux, M. Pellevat, Mme Morhet-Richaud, M. Doligé, Mme Lopez, MM. D. Laurent et Lemoyne, Mmes Deromedi, Duchêne et Estrosi Sassone, MM. Grosdidier, César, J.P. Fournier, Mandelli et Morisset, Mme Hummel et MM. Houpert, Husson, Chaize, Bouchet, Lefèvre, Perrin, Gremillet et Revet, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard douze mois après la promulgation de la présente loi, un rapport relatif à la situation des ressortissants français en situation de handicap hébergés en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

La parole est à Mme Caroline Cayeux.

Mme Caroline Cayeux. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Colette Giudicelli, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. À l'exception de l'amendement n° 146 rectifié *ter*, qui est une demande de rapport – M. le président de la commission en discutera –, ces amendements, quasiment identiques, visent à mettre fin au financement par l'assurance maladie et les départements des prestations qui sont servies aux personnes handicapées prises en charge hors de France, dans des établissements situés en Suisse, dans un État de l'Union européenne ou dans un État de l'espace économique européen.

Aux termes de ces amendements, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS, l'agence régionale de santé, ne pourraient financer que des établissements et services situés sur le territoire national, sauf pour les personnes handicapées qui, soit sont déjà prises en charge en dehors de France, soit vivent à proximité de la frontière. La distance devrait être fixée par arrêté. Par ailleurs, ils devraient mettre en œuvre la décision d'orientation de la maison départementale des personnes handicapées, la MDPH, pour trouver une solution d'accueil sur le territoire national dans un délai fixé par arrêté.

Les auteurs de certains de ces amendements proposent que le département ou l'ARS qui ne respecterait pas ces obligations doive acquitter une amende.

Enfin, les crédits de l'assurance maladie qui vont jusqu'à présent au financement des prestations servies par les établissements et services situés hors du territoire français seraient réintégrés dans l'ONDAM médico-social.

Les dispositions de ces amendements posent plusieurs difficultés.

Sur un plan purement pratique, elles ne résolvent en rien le problème du manque de place en France. Au contraire, les familles qui souhaiteraient aller en Belgique ou dans un autre pays de l'Union européenne n'auraient plus cette possibilité.

Sur un plan financier, elles mettent en difficulté des départements et des ARS, qui devront acquitter des amendes pour des questions qu'ils ne peuvent de toute façon pas résoudre de façon immédiate en raison du manque de places.

Sur un plan juridique, enfin, ils sont contraires à l'un des principes fondateurs du droit communautaire, à savoir le droit de circuler librement. Ils introduisent, par ailleurs, une exception problématique aux règles qui régissent actuellement le fonctionnement de notre système d'assurance maladie : une personne handicapée prise en charge à l'étranger ne pourrait plus voir ses soins remboursés.

Je puis souscrire à l'objectif visé au travers de ces amendements, mais la solution proposée me paraît excessive, et, ce faisant, inadaptée. Le Gouvernement a prévu de mobiliser 15 millions d'euros l'année prochaine. Des efforts plus soutenus devraient être engagés. Adopter ces amendements n'aurait qu'un seul effet : mettre encore plus en difficulté des familles qui sont déjà dans des situations très douloureuses.

Pour ces raisons, la commission a émis un défavorable sur l'ensemble de ces amendements.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je souhaite intervenir sur le dernier amendement en discussion commune, l'amendement n° 146 rectifié *ter*, qui a été signé, entre autres, par Philippe Mouiller.

Auparavant, je ferai une remarque générale au sujet du handicap. Je regrette la façon dont nos concitoyens et les hommes politiques s'expriment parfois. J'entends souvent dire ici : « ne soyons pas schizophrènes ». J'ai encore entendu ce matin : « pas d'autisme ». Je vous appelle, mes chers collègues, à plus de considération à l'égard des patients atteints de ces différentes maladies. Cessons d'employer à tort et à travers ces termes médicaux, au risque de les rendre communs. C'est de l'avis de beaucoup, en particulier des médecins, faire injure à l'ensemble de ces patients.

Pour le reste, le nombre d'amendements émanant des différents groupes montre l'acuité de cette question ; le Gouvernement y apporte une première réponse, mais celle-ci ne règle pas la totalité du problème.

Le rapport demandé présente l'intérêt de donner une vision plus précise de la situation et d'identifier les voies d'amélioration.

Toutefois – nous en sommes convenus en commission avec Philippe Mouiller –, plutôt que de demander au Gouvernement un rapport supplémentaire, qui nous serait remis à la fin de 2016, je propose de mettre en place, au sein de la commission des affaires sociales, dans les toutes prochaines semaines, un groupe de travail où chaque groupe politique serait naturellement représenté. Nous pourrions ainsi plus rapidement recueillir les informations qui nous intéressent, évaluer la situation et formuler, le cas échéant, des propositions. Je précise que la mission d'information ainsi mise en place au sein de la commission des affaires sociales pourrait se déplacer en Belgique.

Par conséquent, la commission sollicite le retrait de l'amendement n° 146 rectifié *ter*.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État. À l'évidence, la demande en la matière est forte sur l'ensemble des travées du Sénat.

L'histoire des personnes handicapées françaises hébergées en Belgique n'est pas nouvelle. Depuis plus de dix ans, la situation est la même, et des milliers de personnes partent en Belgique pour se rendre dans des établissements médico-sociaux.

Une première étape a été l'accord franco-wallon, qui a été adopté dans cet hémicycle et qui a permis d'encadrer la qualité de l'hébergement, de l'accueil et de l'accompagnement de ces établissements. Dorénavant, des contrôles sont réalisés conjointement par les services d'inspection français, l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais et les services d'inspection belges.

Cette mesure ne résout pas la question du flux des nouvelles personnes qui partent pour la Belgique. Je souhaite néanmoins vous apporter quelques éléments d'information sur ce point.

Actuellement, quelque 6 000 Français sont hébergés en Belgique, soit 1 500 enfants et 4 500 adultes. Le flux de plus important est donc celui des adultes.

En effet, les enfants hébergés en Belgique le sont quasiment exclusivement dans des établissements dits « conventionnés » par l'assurance maladie ; le nombre de ces conventionnements n'augmente plus. Les admissions dans des établissements non conventionnés sont extrêmement minoritaires pour les enfants, puisque moins de 50 d'entre eux sont concernés, sur quelque 1 500 au total.

En revanche, le nombre d'adultes partis en Belgique, notamment au cours des dernières années, est en croissance exponentielle. Ce sujet ne concerne donc pas uniquement l'assurance maladie, mais aussi les conseils départementaux, qui financent les deux tiers de ces hébergements pour adultes.

En ce qui concerne la méthode à mettre en œuvre pour stopper ce flux, le Gouvernement s'est évidemment posé toutes les questions que vous soulevez aujourd'hui. Un important travail de concertation a été réalisé, notamment par la mission menée par Denis Piveteau, qui a donné lieu à l'établissement d'un rapport intitulé « *Zéro sans solution* » : *le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

Ce rapport nous a été remis, à Marisol Touraine et à moi-même, voilà plus d'un an. Nous travaillons depuis lors au sein de mon cabinet, sous la houlette de Marie-Sophie Desaulle que j'ai missionnée sur ce sujet, pour élaborer ce que nous appelons une « réponse accompagnée pour tous ».

L'idée est de trouver des solutions adaptées aux besoins de chaque personne, au plus près de son domicile, grâce à la mise en œuvre des recommandations de ce rapport.

Il s'agit d'une question non pas seulement de financement, mais aussi d'organisation globale de notre système médico-social, qu'il convient de modifier simultanément à plusieurs niveaux. Je vais vous en donner quelques exemples.

Si vous arrêtez le flux en interdisant que l'argent parte vers les établissements, que se passera-t-il ? Au 1^{er} janvier 2016, des établissements situés en Belgique et qui accueillent des personnes handicapées ne seront plus financés. Pour autant, le problème ne sera pas résolu dans les territoires situés à proximité du domicile de ces personnes. Tout l'enjeu est de résoudre ce problème.

Il faut, bien évidemment, ouvrir des places, car le manque est criant. C'est la raison pour laquelle, quel que soit le gouvernement en place, sont lancés des plans majeurs

prévoyant l'ouverture, chaque année, de plus de 4 000 nouvelles places. Ce rythme, les associations gestionnaires qui proposent des projets, ainsi que les agences régionales de santé, sont également capables de le suivre.

En réalité, il y a dans l'ONDAM médico-social des financements fléchés qui ne sont pas forcément utilisés en fin d'année, parce que les projets ne suivent pas.

Le raisonnement est le suivant. Il faut quatre ou cinq ans pour ouvrir un établissement à proximité du domicile d'une personne accueillie dans un établissement en Belgique. Il faut donc utiliser d'autres méthodes, comme, par exemple, l'augmentation du nombre de places dans les établissements existants. Dans ce cas, en effet, il n'est pas nécessaire de faire un appel à projets. Cela peut aller très vite : il suffit de faire venir du personnel en renfort, notamment au sein des services médico-sociaux.

Pour résoudre les cas des personnes en situation critique, il convient d'ouvrir des places dans les établissements et dans les services, ou de créer un service à domicile spécialisé pour accompagner ces personnes. Il s'agit donc de méthodes sur mesure.

Comment y parvenir ? Le Sénat a adopté un amendement à la loi de santé, qui en est devenu l'article 21 *bis*. Cet article tend à réorganiser notre système en donnant la possibilité aux maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, de réunir tous les acteurs concernés autour d'une table pour qu'ils décident quelle solution proposer à telle personne ayant tel type de handicap, laquelle, *a priori*, ne pourrait pas se voir attribuer une place adaptée à l'intérieur de notre territoire.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous n'ignorez pas que la plupart des établissements ne sont pas pleins à 100 %. Pour autant, ils ne peuvent pas accueillir tous les types de handicaps, tout simplement parce que leur spécialité ne leur permet pas de traiter l'ensemble des handicaps.

Ces situations recouvrent des questions de formation des professionnels, de dérogations applicables aux établissements et aux services, afin qu'ils puissent accueillir tel ou tel type de handicap. On voit donc bien que le mécanisme est bien complexe qu'il n'y paraît.

Je conclurai mon propos en évoquant le fonds d'amorçage de 15 millions d'euros. Que n'ai-je entendu à ce sujet !... Pourquoi Marisol Touraine et moi-même avons-nous tenu à annoncer la création de ce fonds ?

Il ne s'agit pas de dire que ces 15 millions d'euros permettront d'ouvrir des places dans toute la France pour accueillir toutes les personnes qui auraient dû partir en Belgique. Ce n'est pas du tout le sens de cette mesure. Nous avons simplement besoin d'un fonds d'amorçage pour financer l'accueil des premières personnes qui ne seront pas orientées vers la Belgique.

Ces 15 millions d'euros seront donc distribués, *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, aux agences régionales de santé dès le début de l'année 2016, afin que les ARS les plus directement concernées, lors du démarrage de la procédure, puissent bénéficier de ce fonds. Celui-ci permettra, entre autres mesures, d'ouvrir des places et de recruter du personnel au plus près du domicile des personnes handicapées.

Si ces 15 millions d'euros sont rapidement dépensés, parce que le flux aura été arrêté, il y aura, bien évidemment, abondamment de ce fonds. En effet, il ne s'agit pas de nouveaux crédits, mais de crédits qui portaient jusqu'à présent en Belgique. Il s'agit donc bien d'un fonds d'amorçage, pour lequel n'est pas véritablement prévu de limitation.

Ce que vous proposez de faire par l'intermédiaire d'un mécanisme contraignant, nous voulons le réaliser en mettant en place un dispositif comportant de multiples options. Il ne s'agit pas seulement de stopper le flux financier ; c'est un puzzle dont les multiples pièces permettent d'aboutir au résultat escompté.

Nous avons demandé à l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, de suivre l'ensemble de ce processus, afin que nous puissions disposer de données sur le fonctionnement effectif du dispositif. Je suis, pour ma part, tout à fait favorable à ce que des sénateurs travaillent également sur ce sujet au sein de la commission des affaires sociales. Il s'agira en effet, dans les années à venir, de l'un des enjeux essentiels pour les questions touchant au handicap. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Pour toutes ces raisons, mon avis sur l'ensemble de ces amendements ne peut qu'être défavorable.

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous en avons terminé avec la présentation des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 46, ainsi qu'avec les avis de la commission et du Gouvernement.

Nous en viendrons aux explications de vote après la suspension de nos travaux, car j'ai été saisie de nombreuses demandes de prise de parole. Au reste, le sujet est important, et nous devons prendre notre temps, par respect pour les personnes concernées.

3

DEMANDE D'AUTORISATION DE PROLONGATION D'UNE INTERVENTION DES FORCES ARMÉES

Mme la présidente. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre un courrier en date de ce jour l'informant que le Gouvernement soumet à l'autorisation du Sénat la prolongation de l'intervention des forces armées au-dessus du territoire syrien.

La date à laquelle le Sénat statuera sur cette demande d'autorisation de prolongation sera fixée ultérieurement.

4

COMMUNICATION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Mme la présidente. Le Conseil constitutionnel a informé le Sénat, le vendredi 13 novembre 2015, que, en application de l'article 61-1 de la Constitution, le Conseil d'État avait adressé au Conseil constitutionnel une décision de renvoi d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'article 145 du code général des impôts (*Régime fiscal des sociétés mères* ; 2015-520 QPC).

Le texte de cette décision de renvoi est disponible à la direction de la Séance.

Acte est donné de cette communication.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures cinq, est reprise à quatorze heures trente-cinq, sous la présidence de Mme Françoise Cartron.)

**PRÉSIDENCE DE MME FRANÇOISE CARTRON
vice-présidente**

Mme la présidente. La séance est reprise.

5

**FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2016**

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Nous poursuivons la discussion des articles de la quatrième partie.

Nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre IV, aux explications de vote sur les amendements n^{os} 35 rectifié *quinquies*, 98 rectifié *ter*, 258 rectifié, 9 rectifié *bis*, 427, 7 rectifié *bis*, 428, 259 rectifié et 146 rectifié *ter*, faisant l'objet d'une discussion commune, qui tendent à insérer des articles additionnels après l'article 46.

Articles additionnels après l'article 46 (suite)

Mme la présidente. La parole est à Mme Claire-Lise Campion, pour explication de vote.

Mme Claire-Lise Campion. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, nous avons achevé la séance de ce matin en débattant de la difficile question de l'éloignement hors de France de certaines personnes en situation de handicap.

Mme la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Ségolène Neuville, et vous-même, madame la ministre des affaires sociales, avez annoncé il y a peu la création d'un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros, dont le montant ne semble pas suffisant à certains de nos collègues.

Je veux souligner l'engagement du Gouvernement, car c'est la première fois que sont prises en compte ces questions très sensibles. Nous le savons tous depuis longtemps, il n'est pas acceptable que des familles soient obligées de choisir, pour leur enfant ou pour un parent adulte, l'éloignement hors de France. Il est important de relever que le Gouvernement a la volonté de mettre un terme à ces départs vers les pays frontaliers du nôtre.

Nous formons tous le vœu que les personnes actuellement accueillies dans des établissements en Belgique ou en Suisse puissent revenir en France, si elles le souhaitent. Les chiffres ont été rappelés : ces situations concernent quelque 6 500 de nos concitoyens, qu'ils soient adultes ou enfants.

La priorité, nous en convenons tous, est de trouver une solution pour tous. Cela signifie que nous devons continuer à nous intéresser à la situation de celles et ceux qui sont hébergés hors de France, mais également nous efforcer de mettre un terme à ces départs.

Mme Neuville a réuni, voilà quelques jours, les représentants des 23 départements qui ont donné leur accord pour une expérimentation sur leur territoire. Il s'agit d'une étape essentielle : le Gouvernement a marqué un tournant en décidant l'arrêt de ces départs forcés et en dégageant des moyens qui étaient attendus depuis beaucoup trop longtemps.

Il faut également se rappeler que, dans le cadre de l'article 21 *bis* de la loi de santé, le Sénat a mis en place, parallèlement à cette mesure et sur votre proposition, madame la ministre, les procédures de concertation. Celles-ci portent une exigence très importante : la participation de la personne handicapée concernée et la nécessité de son accord lorsqu'une proposition d'orientation et d'accompagnement lui est faite.

Je veux donc dire, à nouveau, combien sont importantes ces décisions gouvernementales, sur lesquelles nous pourrions nous appuyer à l'avenir.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Cayeux, pour explication de vote.

Mme Caroline Cayeux. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, j'ai cosigné un certain nombre d'amendements relatifs à ce problème où combien préoccupant pour un grand nombre de familles.

J'ai bien noté les propositions et les engagements présentés ce matin par Mme la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

Je considère comme très importante, également, la décision annoncée par le président Alain Milon de procéder au sein de la commission des affaires sociales à la rédaction, non pas d'un rapport – une telle proposition avait été considérée comme « négative » –, mais d'une étude, qui serait réalisée au sein d'un groupe de travail. Il est très important que nous puissions faire le point, voir ce qui fonctionne en Belgique, et comprendre pourquoi les choses marchent mieux dans ce pays ou en Suisse que chez nous.

J'ai également pris bonne note qu'un certain nombre de facilités seraient désormais accordées aux établissements français, afin qu'ils puissent se développer et que des places en nombre plus important soient proposées aux familles.

Pour toutes ces raisons, je retire les amendements n^{os} 35 rectifié *quinquies*, 98 rectifié *ter* et 146 rectifié *ter*, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n^{os} 35 rectifié *quinquies*, 98 rectifié *ter* et 146 rectifié *ter* sont retirés.

La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. J'ai, moi aussi, apprécié ce matin le discours de Mme Ségolène Neuville, qui nous a dit que tous les efforts étaient faits, que tout était formidable, qu'elle avait

bien entendu la contradiction que nous lui portons au travers de nos amendements, mais qu'elle était prête à tout faire pour que tout aille pour le mieux...

M. Robert del Picchia. Dans le meilleur des mondes ! (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Je suis tout de même étonné : quelque 6 500 de nos concitoyens sont contraints, en raison de leur handicap, d'être accueillis dans des établissements en Belgique. Or nous disposons de crédits pour financer leur hébergement.

Nous avons tous déposé des amendements tendant à signifier combien cet éloignement était dramatique pour ces 6 500 personnes, qui viennent non pas seulement des zones frontalières, mais de toute la France. Pour les accompagner et leur rendre visite, les familles sont donc obligées de parcourir des centaines de kilomètres.

Alors que nous avons le financement pour résoudre cette situation, ces patients et leurs familles vivent une situation aberrante. Par ailleurs, l'ouverture de places en France permettrait de créer 4 000 emplois. Et l'on nous dit que l'on va créer une commission et que l'affaire est dans les tuyaux... C'est tout de même incroyable !

Alors qu'il y a des emplois à la clé, que nous avons la possibilité de mettre fin à des souffrances et que ce dossier est si important pour les familles, il est incompréhensible que l'on n'aille pas plus vite ! Que signifie cette inertie ?

Ce n'est pas votre faute, madame la ministre ; d'ailleurs vous n'étiez pas parmi nous ce matin... (*Sourires.*) Ce n'est pas non plus la faute de Mme Neuville. Pourquoi n'y a-t-il pas, au sein de votre ministère, une personne chargée des missions spéciales à qui l'on pourrait demander d'accélérer les choses ?

Je le répète, nous avons le financement, cela représente quelque 4 000 emplois et les familles souffrent. Qu'est-ce que l'on va faire d'une commission ? Je veux bien que les parlementaires se réunissent, mais que diront-ils ? Ils concluront qu'il faut agir ! La question n'est pas de discuter ou d'élaborer un rapport ; la question qui se pose est immédiate : de quels moyens le ministère compte-t-il se doter pour régler cette question dans les deux ou trois ans ?

Il est incroyable que certains pays soient capables de réaliser en peu de temps de grands travaux,...

M. Robert del Picchia. Le TGV !

M. Jean Desessard. ... alors que, à force d'atermoiements, nous en sommes encore à dire que nous allons nous occuper du problème !

Mme la présidente. Veuillez conclure, mon cher collègue.

M. Jean Desessard. Je terminerai donc mon intervention par les mêmes propos que vous, madame la présidente : il faut aller plus vite ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote.

M. Jean-Noël Cardoux. Je ne vais pas rompre l'accord qui semble se profiler et, bien qu'il soit toujours difficile de retirer un texte dont on n'est pas l'initiateur, je vais retirer les amendements de M. Vasselle.

M. Robert del Picchia. Il ne va pas être content ! (*Sourires sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Jean-Noël Cardoux. Je formulerai toutefois une remarque, madame la ministre. Ce n'est pas vous qui étiez présente ce matin, mais Mme Neuville, qui a reconnu que des problèmes de places vacantes se posaient en France. En effet, comme je l'ai souligné tout à l'heure, certains directeurs sont réticents à accueillir la catégorie de personnes handicapées à laquelle nous faisons allusion. Se posent aussi des problèmes de formation, et quelques autres facteurs font que ces places libres ne sont pas affectées.

Mme Neuville a suggéré, à juste titre, de mettre tout le monde autour de la table par le biais des maisons du handicap. Je l'ai fait à une époque, mais, faute de dispositions réglementaires, il était extrêmement difficile de lever les blocages. Il manquait en particulier l'obligation faite aux directeurs d'établissements de communiquer le nombre de leurs places vacantes.

Dans mon département, nous avons voulu mettre en place une sorte de logiciel permettant de référencer toutes les places vacantes et de les proposer en temps réel, mais nous nous sommes heurtés à des obstacles réglementaires. Si l'idée de mettre tout le monde autour de la table dans les maisons du handicap est donc un objectif louable, il faudrait aussi donner une petite impulsion réglementaire, afin de réguler ce système et le rendre efficace.

Cela dit, il paraît logique de retirer ces amendements, qui étaient, en fait, des amendements d'appel. Nous savons bien que tout ne peut se faire en un jour. (*M. Jean Desessard s'exclame.*) Le débat que nous avons eu aujourd'hui au Sénat va dans le bon sens et il permettra, madame la ministre, d'utiliser intelligemment les fonds que vous avez débloqués à cet effet.

Je retire donc les amendements n^{os} 9 rectifié *bis* et 7 rectifié *bis*, madame la présidente.

Mme la présidente. Les amendements n^{os} 9 rectifié *bis* et 7 rectifié *bis* sont retirés.

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour explication de vote.

M. Jean-Louis Tourenne. Je ne dirai que quelques mots, madame la présidente, pour tenir dans le délai qui m'est imparti.

M. Desessard ne m'en voudra pas si je lui dis qu'il faut bien se conformer au principe de réalité, à savoir que les 6 000 personnes concernées, dont 4 500 adultes, qui se trouvent actuellement en Belgique ne reviendront pas immédiatement. Ce serait une erreur que de l'imaginer. En effet, elles y ont leurs habitudes et ce sont des personnes suffisamment fragiles pour qu'on ne les traumatise pas par de brusques changements liés à de simples raisons financières, parce qu'on aurait décidé que l'on ne paierait plus rien.

La réalité est que le flux de personnes handicapées qui se dirigent vers la Belgique ou la Suisse représente à peu près 20 millions d'euros chaque année et que, pour le tarifier, il suffit de disposer des crédits nécessaires pour leur offrir les moyens de rester. J'ai bien noté que le Gouvernement avait fait sienne la volonté de Denis Piveteau, à savoir « zéro sans solution ». Par conséquent, les MDPH seront sollicités pour essayer de trouver des solutions adaptées à chacun et d'éviter que certains ne soient contraints de s'exiler dans des pays frontaliers, sauf s'ils le souhaitent, ce qui existera toujours dans un certain nombre de départements.

De plus, le coût indiqué est de 250 millions d'euros, répartis, *grosso modo*, en 75 millions d'euros pour les établissements non conventionnés, 75 millions d'euros pour les établissements conventionnés et 100 millions d'euros pour les conseils départementaux. Cette dernière somme ne sera pas récupérable immédiatement, pour les raisons que j'ai indiquées.

Par ailleurs, plutôt que de construire des établissements, il serait bon de profiter de ceux qui sont volontaires pour des extensions. Nous devrions ainsi parvenir assez vite – en quelques années –, à régler le problème et à offrir dans notre pays toutes les places nécessaires aux personnes qui en ont besoin.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Sans vouloir faire durer ce débat qui est déjà long, il est sûr que cette situation n'est pas nouvelle et perdure même depuis déjà fort longtemps. Sous la pression des familles, elle est tombée sous les feux de l'actualité et cette pression revient s'exercer ici, dans notre hémicycle et sur le Gouvernement.

Ce que nous avons à gérer actuellement, c'est une différence d'organisation. Chez nous, la régulation s'opère par le biais des schémas départementaux et régionaux de prise en charge, et l'appel à projets est là pour réguler la construction. En Belgique, comme cela a été dit ce matin à plusieurs reprises, le système fonctionne à guichets ouverts. Cela crée obligatoirement une discordance dans toutes les zones frontalières.

Nous ne réglerons pas ce problème d'un coup de baguette magique. La proposition d'Alain Milon me paraît donc tout à fait raisonnable : il faut réfléchir et faire une étude au sein de notre commission. C'est une excellente idée.

À mon avis, il manque une harmonisation des réglementations européennes, comme dans bien d'autres domaines en matière sociale. Une harmonisation de la prise en charge du handicap éliminerait ces problèmes frontaliers. La France ne résoudra pas, seule, ces problèmes si, d'un côté de la frontière, le système fonctionne à guichets ouverts, alors que, de l'autre, il est soumis à une régulation.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

M. Dominique Watrin. Je me suis déjà exprimé sur le fond au nom de notre groupe. Je rappellerai toutefois que ces amendements sont portés par des parents d'enfants et d'adultes handicapés, ou par des adultes handicapés, ainsi que par leurs associations, qui ont formulé ces propositions d'amendements en toute connaissance de cause.

Ce sont des personnes et des structures morales tout à fait responsables, tant elles sont concernées au premier chef. Elles connaissent donc bien mieux que nous cette situation de déracinement et d'isolement, ainsi que le sentiment de culpabilité de devoir abandonner très loin de chez eux des enfants ou des adultes handicapés. (*M. Jean Desessard approuve.*)

Il faut véritablement les considérer comme des acteurs responsables du sujet que nous étudions aujourd'hui. En effet, elles sont à même d'évaluer en toute connaissance de cause les conséquences possibles, concrètes, que peut impliquer le vote de ces amendements.

Ces amendements visent les nouveaux flux. Il ne s'agit pas de couper les vivres à ceux qui vivent déjà actuellement en Wallonie. Ils ont pour objet de bousculer les choses et de faire en sorte que, en donnant un coup d'arrêt aux nouveaux flux, on incite et on oblige l'État à prendre les mesures nécessaires.

Cela dit, j'aimerais remercier M. Milon de sa proposition. Il me semble tout à fait utile qu'une mission sénatoriale émanant de la commission des affaires sociales traite de ce sujet. C'est une bonne chose de garder ainsi la main, après que tous nos groupes se sont exprimés sur leur volonté d'aboutir sur le sujet. Cela me semble positif.

Pour que cette mission ne soit pas un comité Théodule qui n'aboutisse à rien, il faudra bien sûr délimiter ses fonctions, sa durée et ses pouvoirs et faire en sorte qu'elle joue véritablement un rôle de sentinelle auprès du Gouvernement, pour activer toujours plus les processus en cours.

Nous participerons, je l'espère, à cette mission, mais nous maintenons les amendements n° 427 et 428, considérant que c'est un bon moyen d'obliger à trouver enfin les réponses définitives à ce sujet.

Mme la présidente. Monsieur Desessard, l'amendement n° 258 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 258 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 427.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 428.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 259 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 47

- ① I. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 relevant de la compétence tarifaire exclusive ou conjointe du directeur général de l'agence régionale de santé font l'objet du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11. Ce contrat définit des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. La conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.
- ④ « À compter de la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, les documents budgétaires mentionnés au 3° du I de l'article L. 314-7 sont remplacés par un état des prévisions de recettes et de dépenses dont le modèle est fixé par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 2° Le IV *bis* de l'article L. 314-7 est ainsi modifié :

- 6) a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- 7) « IV *bis*. – La décision fixant la tarification au titre de l'année prévoit, dans des conditions prévues par décret, des tarifs de reconduction provisoires applicables au 1^{er} janvier de l'année qui suit.
- 8) « Dans le cas où les tarifs n'ont pas été arrêtés avant le 1^{er} janvier de l'exercice en cause et si un tarif de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les recettes relatives à la facturation desdits tarifs sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs. » ;
- 9) b) Au second alinéa, la référence : « du précédent alinéa » est remplacée par les références : « des deux premiers alinéas du présent IV *bis* ».
- 10) II. – Après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-24-2 ainsi rédigé :
- 11) « Art. L. 162-24-2. – L'action des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées mentionnés aux 2^o, 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour le paiement, par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code, des prestations et soins médicaux à la charge de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapporte la prestation facturée à la caisse, ou par trois mois à compter du premier jour du mois suivant celui où la décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles a été notifiée à l'établissement, si cette échéance est plus tardive.
- 12) « Cette prescription est également applicable à l'action intentée par l'organisme payeur en recouvrement des prestations indûment supportées, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration, à compter de la date de paiement des sommes indues.
- 13) « Les modalités de reversement des sommes payées par la caisse de rattachement mentionnée à l'article L. 174-8 du présent code aux différents organismes d'assurance maladie ainsi que des sommes recouvrées par la caisse en application du deuxième alinéa du présent article sont fixées par décret.
- 14) « 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. »
- 15) III. – A. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1^o du I du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé établi par arrêté, le cas échéant conjoint avec le président du conseil départemental concerné, la liste des établissements et services mentionnés aux 2^o, 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du même code devant signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et fixe la date prévisionnelle de cette signature, pour une période de six ans à compter du 1^{er} janvier 2016. Ce calendrier prévisionnel est mis à jour chaque année.
- 16) A *bis* (nouveau). – Le deuxième alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant du 1^o du I du présent article, est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017.

- 17) B. – L'article L. 162-24-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux prestations et soins médicaux délivrés par les établissements médico-sociaux concernés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. Je souhaite soulever un problème qui préoccupe nos concitoyennes et concitoyens dans les territoires et sur lequel j'ai été interpellée, notamment dans mon département.

Il s'agit de la baisse de la prise en charge des frais de transport des travailleurs en situation de handicap, de leur domicile vers les établissements ou services d'aide par le travail. En effet, j'ai été alerté à la suite d'une annonce faite en ce sens par un établissement de l'Isère et qui aurait pour résultat d'augmenter, de fait, la participation des travailleuses et travailleurs de l'ESAT.

Cette question n'est pas nouvelle : elle avait déjà été soulevée en Île-de-France, où des difficultés financières avaient conduit un ESAT à réduire sa participation au transport entre le domicile et le travail. L'ARS, l'agence régionale de santé, avait alors débloqué des crédits exceptionnels pour assurer la prise en charge.

Si cette question s'est déjà posée, c'est en partie parce que les dispositions réglementaires ne sont pas claires à ce sujet. En effet, l'article R. 344-10 du code de l'action sociale et des familles prévoit la prise en charge des « frais de transport collectif des travailleurs handicapés lorsque des contraintes tenant à l'environnement ou aux capacités des travailleurs handicapés l'exigent ». La hauteur de la prise en charge n'est pas précisée.

Étant donné ce manque de précision et les difficultés financières auxquelles sont confrontés les ESAT, les travailleurs s'inquiètent, légitimement. Ils craignent de voir la prise en charge transport de leur ESAT reconsidérée. Si tel était le cas, cela diminuerait leurs revenus, déjà très faibles, et pourrait limiter leurs chances d'emploi.

J'aimerais donc, madame la ministre, dans la mesure de vos possibilités et pour rassurer les travailleuses et travailleurs de ces établissements, que vous puissiez clarifier la situation, le cas échéant en redéfinissant les modalités décrites dans l'article R. 344-10 du code de l'action sociale et des familles.

Mes chers collègues, j'avais déposé un amendement en ce sens pour que nous puissions débattre de cette question dans notre hémicycle, mais l'article 41 de notre nouveau règlement m'a empêché de le défendre en séance. C'est la raison pour laquelle je vous interpelle au travers de cette intervention sur l'article.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 156, présenté par M. Commeinhes, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 140, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 3, première phrase

Après la référence :

5^o

insérer la référence :

, 6°

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne.

M. Jean-Louis Tourenne. Dans les CPOM, l'ambition est d'intégrer l'ensemble des services pouvant être fournis à un établissement. Il est regrettable que les services de soins infirmiers à domicile, les SSIAD, qui figurent dans le 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ne soient pas inclus.

Toutefois, aux termes du sous-amendement du Gouvernement, cette référence ne concerne pas seulement les SSIAD, mais aussi des EHPAD, qui ont vocation à signer des conventions séparées sans faire partie de l'ensemble des acteurs intervenants à l'intérieur des CPOM.

Je suis donc tout à fait favorable au sous-amendement que le Gouvernement a déposé.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 455, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Amendement n° 140

Alinéas 3 à 5

Rédiger ainsi ces alinéas :

L. 312-1

insérer les mots :

ainsi que les services mentionnés au 6° du I du même article,

II. – Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Alinéa 15, première phrase

Supprimer les mots :

mentionnés aux 2°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du même code

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Monsieur Tourenne, vous proposez d'étendre l'obligation de signer un CPOM aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées. L'article que nous examinons prévoit déjà cette obligation pour les SSIAD intervenant auprès de personnes en situation de handicap. La démarche que vous proposez, à des fins de simplification, est donc d'une absolue cohérence.

Néanmoins, votre rédaction conduirait à inclure les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, dans le champ de l'article examiné.

Or le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement comporte un dispositif spécifique de signature de CPOM pour les gestionnaires de tels établissements. Aussi, pour éviter une incohérence entre les deux textes, le sous-amendement du Gouvernement vise à limiter le champ de cette extension aux services de soins infirmiers à domicile, les SSIAD, qui interviennent auprès des personnes âgées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Colette Giudicelli, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. La commission avait émis un avis défavorable sur l'amendement n° 140, dans la mesure où celui-ci tendait à inclure les EHPAD dans le champ de la contractualisation obligatoire prévue à

l'article 47, alors que ces structures font l'objet de dispositions propres, prévues par l'article 40 *bis* du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Elle estimait en revanche utile d'inclure les SSIAD intervenant auprès des personnes âgées dans le champ de l'article 47. L'adoption du sous-amendement n° 455 du Gouvernement permettrait d'atteindre cet objectif, tout en excluant les EHPAD.

Nous sommes donc favorables à l'amendement n° 140, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 455.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 140 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable, sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 455.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Je suis bien entendu favorable à cette disposition. Je souhaite simplement poser une question à Mme la ministre : l'extension du dispositif aux SSIAD comprend-elle les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, les SPASAD ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Oui, monsieur le sénateur !

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 455.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 140, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 155 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet, Chasseing, Chatillon et de Raincourt et Mme Micouleau, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 60, présenté par Mme Giudicelli, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3, première phrase

Après les mots :

de la compétence tarifaire

rédiger ainsi la fin de cette phrase :

du directeur général de l'agence régionale de santé et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe de ce dernier et du président du conseil départemental, font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans les conditions prévues à l'article L. 313-11.

La parole est à Mme Colette Giudicelli, rapporteur.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 154 rectifié est présenté par M. Commeinhes, Mme Micouleau et MM. de Raincourt, Chatillon, Calvet et Chasseing.

L'amendement n° 291 rectifié est présenté par MM. Mézard, Amiel, Arnell, Bertrand, Castelli, Collin, Collombat, Esnol et Fortassin, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 3, première phrase

Après le mot :

santé

insérer les mots :

et du président du conseil départemental

II. – Alinéa 15, première phrase

Remplacer le mot :

établit

par les mots :

et le président du conseil départemental établissent

L'amendement n° 154 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 291 rectifié.

M. Guillaume Arnell. Cet amendement vise à mettre en cohérence l'article 47 du présent projet de loi avec l'article 40 *bis* du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, issu d'un amendement du RDSE.

Il s'agit de permettre aux établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée de conclure une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

En effet, dans le cadre d'un référé, la Cour des comptes a souligné l'intérêt des CPOM, qui permettent de recomposer l'offre en fonction des attentes des publics concernés, de mutualiser les moyens des structures concernées et de donner une plus grande visibilité pluriannuelle aux dotations versées.

Ainsi, sur le fondement de cette position de la Cour des comptes, notre amendement vise à lever les obstacles au déploiement des CPOM sur l'ensemble du champ médico-social.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Cet amendement est satisfait par les dispositions introduites par l'Assemblée nationale et par l'amendement de clarification n° 60 de la commission ; le président du conseil départemental sera pleinement associé à la signature des CPOM.

La commission demande donc le retrait de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 60.

En ce qui concerne l'amendement n° 291 rectifié, nous demandons son retrait, pour les mêmes raisons que la commission. De fait, cet amendement est satisfait.

Mme la présidente. Monsieur Arnell, l'amendement n° 291 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 291 rectifié est retiré. Je mets aux voix l'amendement n° 60.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 141 est présenté par MM. Tourenne, Daudigny et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 157 rectifié est présenté par MM. Commeinhes, Chasseing, Chatillon, Calvet et de Raincourt et Mme Micouveau.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au premier alinéa est aussi conclu avec le président du conseil régional lorsqu'il intègre des établissements et services relevant du b du 5° du I de l'article L. 312-1.

II. – Alinéa 15, première phrase

Après les mots :

agence régionale de santé

insérer les mots :

et, le cas échéant, le président du conseil régional

La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour présenter l'amendement n° 141.

M. Jean-Louis Tourenne. Cet amendement vise tout simplement à prévoir la signature éventuelle des CPOM par le président du conseil régional, aux côtés des autres acteurs, pour les établissements qui le concernent.

Mme la présidente. L'amendement n° 157 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 141 ?

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Le président du conseil régional n'est pas une autorité de tarification, à la différence du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS. Il n'apparaît donc pas légitime de l'inclure dans la liste des autorités pouvant conclure un CPOM, bien qu'il puisse être associé à sa définition et à sa mise en œuvre.

La commission émet par conséquent un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable, pour les mêmes raisons.

Mme la présidente. Monsieur Tourenne, l'amendement n° 141 est-il maintenu ?

M. Jean-Louis Tourenne. Non, face à ces avis défavorables et convergents, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 141 est retiré.

L'amendement n° 158 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet, Chasseing, Chatillon et de Raincourt et Mme Micouveau, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 153 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mme Micouveau et MM. de Raincourt, Chatillon, Calvet et Chasseing, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 152 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mme Micoulean et MM. de Raincourt, Mandelli, J.P. Fournier, Chatillon et Calvet, n'est pas non plus soutenu.

L'amendement n° 61, présenté par Mme Giudicelli, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 11

1° Remplacer les mots :

médico-sociaux pour personnes handicapées

par les mots :

et services

2° Après les mots :

notifiée à l'établissement

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

si cela conduit à appliquer une échéance plus tardive.

La parole est à Mme Colette Giudicelli, rapporteur.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. L'amendement n° 446, présenté par Mme Giudicelli, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Après les mots :

de la caisse

insérer les mots :

de rattachement

La parole est à Mme Colette Giudicelli, rapporteur.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Il s'agit également d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur ces deux amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 61.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 446.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 62, présenté par Mme Giudicelli, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 15

1° Première phrase

Après les mots :

date prévisionnelle de cette signature

supprimer la fin de cette phrase

2° Seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Cette programmation, d'une durée de six ans, est mise à jour chaque année.

La parole est à Mme Colette Giudicelli, rapporteur.

Mme Colette Giudicelli, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle. Il tend à indiquer explicitement que c'est le calendrier de signature des CPOM, établi par l'ARS, qui s'étale sur six ans, et non le contrat lui-même.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 62.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 47, modifié.

(L'article 47 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 47

Mme la présidente. L'amendement n° 323 rectifié, présenté par Mme Deroche, MM. Mouiller, Savary et D. Robert, Mmes Gruny, Imbert et Morhet-Richaud, MM. Gilles et Morisset et Mme Cayeux, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le chapitre préliminaire du titre I^{er} du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-... ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-... – Toute personne malade a le droit, lorsque son état de santé le permet et que cela est compatible avec l'organisation de sa prise en charge, de poursuivre son activité professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Lorsqu'elle perçoit des revenus professionnels, elle renonce au bénéfice des indemnités journalières. »

II. – Après le septième alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si l'état de santé du patient le permet et que cela est compatible avec sa prise en charge, il peut, après avis de son médecin traitant, poursuivre son activité professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, sous réserve de renoncer au bénéfice des indemnités journalières. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement vise à reconnaître au patient en hospitalisation à domicile le droit de conserver son activité professionnelle, si celle-ci est compatible avec son état de santé et s'il en formule le souhait.

Cet amendement avait été discuté lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. Tout le monde s'accordait à considérer cette mesure comme une bonne idée, mais elle n'était pas sans poser des difficultés techniques. M. Milon, président de la commission des affaires sociales, avait estimé qu'il s'agissait d'un amendement intéressant, mais méritant d'être retravaillé et discuté dans le cadre du PLFSS.

Je le présente donc de nouveau, aujourd'hui, à la demande de l'hospitalisation à domicile. Il est similaire à celui qui avait été déposé lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé ; je souhaiterais savoir si la réflexion de Mme la ministre a mûri, pour que nous trouvions une solution à cette question. Ce serait en effet de nature à aider des patients, notamment les victimes de certaines pathologies.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement a déjà été examiné lors de la première lecture du projet de loi relatif à la santé. Pour assurer la cohérence entre les différents textes, il nous paraît préférable qu'il soit retiré ; néanmoins, j'aimerais entendre l'avis de Mme la ministre.

Mme la présidente. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Madame la sénatrice, vous étiez corapporteur du projet de loi relatif à la santé. Vous l'avez rappelé, vous aviez déposé lors de l'examen de ce texte un amendement similaire. Honnêtement, nous n'avons pas avancé dans notre réflexion depuis ce débat, qui n'est pas si ancien, reconnaissez-le !

Je comprends parfaitement l'objectif que vous visez au travers de cet amendement et qui est positif pour certains malades. On peut en effet gagner à exercer une activité professionnelle, même partielle, quand on se sent mieux. Rester chez soi permet en outre de travailler aux heures que l'on souhaite, selon son état ; ce n'est pas la même chose que d'être obligé de se rendre dans les locaux de son entreprise.

Il n'empêche que l'hospitalisation à domicile est une hospitalisation à temps plein ; du point de vue juridique, c'est une modalité de l'hospitalisation. Quelqu'un qui en fait l'objet a donc droit à des indemnités journalières et à un accompagnement ; il est en outre soumis au contrôle de l'assurance maladie, qui s'assure qu'il respecte les règles s'imposant à lui.

Si cette personne travaille à temps partiel pour son employeur tout en touchant une indemnité journalière, cela entraînera des risques de contournement par certaines entreprises. Par ailleurs, en cas d'accident du salarié malade, la responsabilité sera difficile à établir.

Ainsi, même si je comprends l'objectif visé – favoriser l'insertion sociale du malade –, il conviendrait de définir avec plus de précision le statut de la personne malade qui est hospitalisée à domicile et qui souhaite travailler.

Pour toutes ces raisons, madame la sénatrice, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Madame Deroche, l'amendement n° 323 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Nous avons déjà eu ce débat. Je précise que l'amendement tendait à ce que la personne bénéficiant de cette disposition renonce à ses indemnités journalières.

Je comprends les difficultés juridiques qu'il pose, donc je vais le retirer. Cela étant, il s'agit d'un sujet important, pour lequel il nous faudra trouver une solution intermédiaire entre le temps partiel thérapeutique et l'hospitalisation.

Je retire donc mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 323 rectifié est retiré.

L'amendement n° 322 rectifié, présenté par Mme Deroche, MM. Mouiller, Savary et D. Robert, Mmes Gruny, Imbert et Morhet-Richaud, MM. Gilles et Morisset et Mme Cayeux, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa du II de l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est complété par les mots : « ainsi qu'aux établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1, pour cette seule activité ».

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Il nous paraît indispensable et conforme à l'objectif du dispositif expérimental d'inclure l'hospitalisation à domicile dans son champ et de prévoir la possibilité de déroger aux règles habituelles en matière tarifaire et d'organisation.

Ainsi, il pourrait être possible de déroger aux indications de prise en charge d'une personne hébergée en EHPAD par l'hospitalisation à domicile, la HAD ; ces indications sont actuellement plus limitées que celles qui sont autorisées pour les autres formes de domicile. Cela permettrait en outre d'estimer le nombre de cas où cette limitation conduit à des hospitalisations conventionnelles.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement vise à permettre aux établissements de HAD participant à l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier de dérogations à leurs règles habituelles d'organisation et de financement.

Ces dérogations étant déjà applicables aux SPASAD, la commission a émis un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. L'hospitalisation à domicile, en raison de ses missions, est déjà intégrée, me semble-t-il, au dispositif « Personnes âgées en risque de perte d'autonomie », ou PAERPA. Rien ne s'oppose donc à ce que ces établissements participent aux expérimentations.

C'est pourquoi je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, madame la sénatrice ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Deroche, l'amendement n° 322 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Comme je ne suis pas convaincue par les explications de Mme la ministre, je maintiens cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 322 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 47.

L'amendement n° 260, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement une étude relative à la pondération de la tarification des actes médicaux en fonction du handicap et de son impact sur les finances sociales dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Pratiquer certains soins, même légers, devient parfois très compliqué lorsque le patient est en situation de handicap. Certains professionnels de santé prennent le temps nécessaire, quand d'autres, au regard de la complexité de l'acte et du temps qu'ils doivent consacrer à la consultation, alors que le tarif de celle-ci n'est pas revalorisé, préfèrent refuser les personnes en situation de handicap lourd.

Il est urgent d'adapter la tarification à la réalité des soins des personnes handicapées, afin de lutter contre les refus de soins. Le facteur temps dans la délivrance d'un acte de soins, à l'hôpital ou en ville, doit être valorisé dans la tarification des soins, afin de garantir un soin de qualité, qui requiert mise en confiance de la personne, prise en compte de l'accompagnant, temps de l'examen et du diagnostic, explication du diagnostic et du protocole de soins.

Ainsi, le comité interministériel du handicap qui s'est tenu en septembre 2013 a posé comme objectif, dans sa feuille de route, l'étude de la pondération des actes médicaux en fonction du handicap.

Cet amendement vise à rendre prioritaire cet axe important pour faciliter l'accessibilité aux soins des personnes handicapées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur Desessard, nous avons déjà examiné cette demande l'an dernier.

Si nous comprenons vos intentions, nous continuons de penser que la mise en œuvre de la mesure que vous préconisez pourrait avoir des effets non désirés. Mieux vaut revaloriser les actes et les majorations pour visites complexes.

La commission émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le débat pourrait être reporté. D'ailleurs, presque tous les syndicats de médecins souhaitent une modulation du tarif de la consultation en fonction de sa longueur.

Il existe déjà des forfaits qui permettent de prendre en compte la durée de certaines consultations. Je pense, par exemple, aux personnes très âgées, pour lesquelles la consultation est systématiquement revalorisée de cinq euros, les médecins devant passer plus de temps avec ces patients, ne serait-ce qu'en raison de leur moins grande facilité à se mouvoir. Au demeurant, on voit bien les risques qui pourraient découler d'une telle pondération.

Par ailleurs, ce sujet, qui a déjà fait l'objet de discussions, relève non pas du PLFSS, mais de la convention. En effet, c'est au niveau de cette dernière et dans le cadre de la négociation entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie que se déterminent les tarifs des consultations.

Par conséquent, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Desessard, l'amendement n° 260 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 260 est retiré.

Article 47 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport précisant les conditions de mise en œuvre de la continuité des soins entre le domicile et le placement dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, notamment les modalités de facturation directe à l'assurance maladie des dispositifs inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et non pris en charge dans le cadre du forfait global relatif aux soins. – (*Adopté.*)

Chapitre III

POURSUITE DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Article 48

- ① I. – Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2019 » ;
- ③ 2° Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ④ « L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder une limite maximale fixée par décret. » ;
- ⑤ 3° (*nouveau*) La troisième phrase est ainsi modifiée :
- ⑥ a) Au début, les mots : « Ces tarifs » sont remplacés par les mots : « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré » ;
- ⑦ b) Après le mot : « Mayotte », sont insérés les mots : « ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française ».
- ⑧ II (*nouveau*). – Le b du 3° du I entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2017.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Watrin, sur l'article.

M. Dominique Watrin. Cet article, qui recule les échéances de la réforme du ticket modérateur, aura une lourde incidence financière sur les patients hospitalisés ne possédant pas de complémentaire santé. Véritable péage à l'entrée dans les soins, le ticket modérateur constitue en effet un frein réel dans l'accès à ces derniers.

Je rappelle que le ticket modérateur est une participation de l'assuré social aux soins, fixée à dix-huit euros pour l'ensemble des actes situés au-delà d'un certain seuil depuis 2006.

Le forfait de dix-huit euros sur les actes lourds – mais pas seulement –, s'ajoutant à d'autres taxes et d'autres restes à charge liés à l'hospitalisation, représente un poste de dépenses non couvert par la solidarité nationale, alors même qu'il s'applique à des situations sanitaires qui justifieraient qu'il le soit.

Notre groupe votera contre cet article, qui prolonge le ticket modérateur, alors que nous demandons une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 20 rectifié *bis* est présenté par Mme Imbert, MM. Pellevat, D. Laurent, Mandelli et Morisset, Mme Estrosi Sassone, M. Bouchet, Mme Des Esgaulx, MM. Commeinhes, G. Bailly et Lefèvre, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Pierre, Chasseing, Laménie et Mouiller, Mme Morhet-Richaud, M. Laufoaulu, Mme Deroche, MM. J.C. Leroy et Pinton, Mme Di Folco, M. Houpert, Mme Duchêne, MM. Husson, Raison et Savary et Mmes Gruny et Lamure.

L'amendement n° 268 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 180 rectifié, présenté par Mme Gatel, MM. Bonnecarrère, Kern, L. Hervé, Guerriau et Canevet, Mme Billon et MM. Médevielle, Cadic, Delcros, Cigolotti et Gabouty, n'est pas non plus soutenu.

Je mets aux voix l'article 48.

(L'article 48 est adopté.)

Article 49

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° de l'article L. 133-4 est ainsi modifié :
- ③ a) Après la référence « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-23-6 » ;
- ④ b) À la fin, la référence : « et L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « , L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- ⑤ 2° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 138-10, la référence : « , à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « ou aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- ⑥ 3° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14-2, la référence : « de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- ⑦ 4° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- ⑧ 5° L'article L. 162-16-6 est ainsi modifié :
- ⑨ a) À la première phrase du premier alinéa du I, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » et la référence : « au même article L. 162-22-7 » est remplacée par les mots : « aux mêmes articles » ;
- ⑩ b) À la première phrase du II, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » et la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- ⑪ 6° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-5, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- ⑫ 7° L'article L. 162-22 est ainsi rédigé :

- ⑬ « Art. L. 162-22. – Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :
- ⑭ « 1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;
- ⑮ « 2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ;
- ⑯ « 3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;
- ⑰ « 4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1. » ;
- ⑱ 8° L'intitulé de la sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie » ;
- ⑲ 8° *bis* La sous-section 4 de la même section 5 devient la sous-section 6 ;
- ⑳ 9° La même sous-section 4 est ainsi rétablie :
- ㉑ « Sous-section 4
- ㉒ « Dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation
- ㉓ « Art. L. 162-23. – I. – Chaque année, est défini un objectif de dépenses d'assurance maladie afférent aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.
- ㉔ « Le montant de cet objectif est arrêté par l'État en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.
- ㉕ « Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment les conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte les évolutions intervenues en cours d'année.
- ㉖ « Il distingue les parts afférentes :
- ㉗ « 1° Aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques définie à l'article L. 162-23-6 ;
- ㉘ « 2° À la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8.
- ㉙ « II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 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 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code peuvent être déterminés, en tout ou partie, à partir des données afférentes au coût relatif des prestations, issues notamment de l'étude nationale de coûts définie à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique.

- 30 « Art. L. 162-23-1. – Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :
- 31 « 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- 32 « 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- 33 « 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.
- 34 « Art. L. 162-23-2. – Les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 sont financées par :
- 35 « 1° Des recettes issues de l'activité de soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 ;
- 36 « 2° Le cas échéant, des financements complémentaires prenant en charge :
- 37 « a) Les spécialités pharmaceutiques, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-6 ;
- 38 « b) Les plateaux techniques spécialisés, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-7 ;
- 39 « c) Les missions mentionnées à l'article L. 162-23-8 ;
- 40 « d) L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-15.
- 41 « Art. L. 162-23-3. – Les activités de soins mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-2 exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées par :
- 42 « 1° Une dotation calculée chaque année sur la base de l'activité antérieure, mesurée par les données prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, valorisée par une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 du présent code et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de cette activité, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;
- 43 « 2° Pour chaque séjour, un montant forfaitaire correspondant à une fraction des tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-23-4 ainsi que du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5.

- 44 « Art. L. 162-23-4. – Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-23 :
- 45 « 1° Le niveau des fractions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 162-23-3 ;
- 46 « 2° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements. Ces tarifs sont calculés en fonction de l'objectif défini à l'article L. 162-23 ;
- 47 « 3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux mentionnés au 2° du présent article et au forfait prévu à l'article L. 162-23-7 des établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;
- 48 « 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-23-5 ;
- 49 « 5° Le coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ;
- 50 « 6° Le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-23-7.
- 51 « Sont applicables au 1^{er} mars de l'année en cours les éléments mentionnés aux 1° à 3°.
- 52 « Sont applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours les éléments mentionnés aux 4° à 6°.
- 53 « Art. L. 162-23-5. – I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 servant de base au calcul de la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 162-23-3 et du montant forfaitaire mentionné au 2° du même article peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements de santé.
- 54 « II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article.
- 55 « Art. L. 162-23-6. – I. – L'État fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients pris en charge dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 et bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des spécialités pharmaceutiques mentionnées au même 1°.

- 56 « II. – Les établissements sont remboursés sur présentation des factures, dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23. Ces remboursements peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de ce montant.
- 57 « Sous réserve du respect du montant défini au même 1°, l'État peut verser aux établissements de santé le montant correspondant à la différence entre les montants issus des factures et ceux issus des factures minorés du coefficient mentionné au premier alinéa du présent II. Avant le 1^{er} mai de l'année suivante, l'État arrête le montant à verser aux établissements de santé.
- 58 « *Art. L. 162-23-7.* – Les charges non prises en compte par les tarifs des prestations mentionnés au 2° de l'article L. 162-23-4 liées à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants peuvent être compensées en tout ou partie par un forfait.
- 59 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnés au premier alinéa du présent article.
- 60 « *Art. L. 162-23-8.* – I. – La part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6, participe notamment au financement des engagements relatifs :
- 61 « 1° Aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ;
- 62 « 2° À la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;
- 63 « 3° À l'amélioration de la qualité des soins ;
- 64 « 4° À la réponse aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation à l'article L. 162-1-7 du présent code ;
- 65 « 5° À la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements.
- 66 « Par dérogation à l'article L. 162-23-1, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.
- 67 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette dotation.
- 68 « Les engagements mentionnés aux 1° à 5° sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.
- 69 « Lorsque des établissements de santé ont constitué un groupement de coopération sanitaire pour mettre en œuvre tout ou partie de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, la dotation de financement relative aux missions transférées peut être versée directement au groupement de coopération sanitaire par la caisse d'assurance maladie désignée en application des articles L. 174-2 ou L. 174-18, selon le cas.
- 70 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements.
- 71 « II. – Le montant annuel de la dotation de chaque établissement de santé est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu au 1° du I du présent article.
- 72 « Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation sont fixées à l'article L. 162-23-10.
- 73 « *Art. L. 162-23-9.* – Dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux prévus au 2° de l'article L. 162-23-4, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° de l'article L. 162-23-4, servent de base à l'exercice des recours contre les tiers et à la facturation des prestations prévues au 1° de l'article L. 162-23-1 des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20.
- 74 « *Art. L. 162-23-10.* – Le forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-23-7 et L. 162-23-8 sont versés par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 aux établissements de santé dans les conditions fixées par voie réglementaire.
- 75 « *Art. L. 162-23-11.* – Les modalités d'application de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 76 10° Après la même sous-section 4, telle qu'elle résulte du 9° du présent I, est insérée une sous-section 5 intitulée : « Dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux activités de soins de suite et de réadaptation » et comprenant les articles L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19 et L. 162-22-20 qui deviennent, respectivement, les articles L. 162-23-12, L. 162-23-13, L. 162-23-14 et L. 162-23-15 ;
- 77 10° *bis* Au premier alinéa de l'article L. 162-22-18, les mots : « des dispositions de l'article L. 162-22-6 » sont remplacés par les références : « des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- 78 10° *ter* L'article L. 162-22-19 est ainsi modifié :
- 79 *a) (nouveau)* Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- 80 « 1° *bis* Le financement des activités de soins de suite et de réadaptation et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ; »

- 81) *b)* À la fin de la première phrase du 2°, la référence : « à l'article L. 162-22-13 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-13 et L. 162-23-8 » ;
- 82) 10° *quater* L'article L. 162-22-20 est ainsi modifié :
- 83) *a)* Au premier alinéa, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° » ;
- 84) *b)* À la seconde phrase du second alinéa, le mot : « définis » est remplacé le mot : « définies » ;
- 85) 11° (*Supprimé*)
- 86) 12° L'article L. 162-26 est ainsi modifié :
- 87) *a)* À la première phrase du premier alinéa, la référence : « et L. 162-14-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-14-1 et L. 162-21-1 » ;
- 88) *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « de soins de suite ou de réadaptation » sont supprimés ;
- 89) 13° L'article L. 162-27 est ainsi modifié :
- 90) *a)* Au deuxième alinéa, la référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- 91) *b)* Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 92) « Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, elles bénéficient d'un remboursement sur facture dans les conditions définies au même article et sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6. » ;
- 93) *c)* À la première phrase du dernier alinéa, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « ou à l'article L. 162-23-6 » ;
- 94) 14° Le premier alinéa de l'article L. 174-2-1 est ainsi modifié :
- 95) *a)* La référence : « au 1° de l'article L. 162-22-6 » est remplacée par les références : « au 1° des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 » ;
- 96) *b)* La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- 97) 15° L'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 98) *a)* Au premier alinéa, la référence : « , L. 162-22-18 » est supprimée ;
- 99) *b)* Après le premier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- 100) « Sont applicables aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 exercées par le service de santé des armées les articles L. 162-23-1 à L. 162-23-11. »
- 101) « Sont applicables aux activités mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 162-22, lorsqu'elles sont exercées par le service de santé des armées, les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15. » ;
- 102) *c)* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 103) « Les dépenses afférentes aux activités mentionnées au deuxième alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-23. » ;
- 104) 16° L'article L. 753-4 est ainsi modifié :
- 105) *a)* À la fin du premier alinéa, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- 106) *b)* À la fin du 3°, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » .
- 107) II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 108) 1° A (*nouveau*) À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 6114-1, la référence : « L. 162-22-18 » est remplacée par la référence : « L. 162-23-13 » ;
- 109) 1° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6145-1 est ainsi modifiée :
- 110) *a)* Après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « et au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;
- 111) *b)* La référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » ;
- 112) *c)* La référence : « à l'article L. 162-22-8 » est remplacée par les mots : « aux articles L. 162-22-8 et L. 162-23-7 du même code, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 » ;
- 113) *d)* La référence : « à l'article L. 162-22-14 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-14 et L. 162-23-8 » ;
- 114) *e)* Après la référence : « L. 162-22-16 », est insérée la référence : « , L. 162-23-3 » ;
- 115) 2° Le I de l'article L. 6145-4 est ainsi modifié :
- 116) *a)* Au premier alinéa, après la référence : « L. 162-22-10 », est insérée la référence : « ou au 2° de l'article L. 162-23-4 » ;
- 117) *b)* Au 2°, après la référence : « L. 162-22-14 », est insérée la référence : « et au II de l'article L. 162-23-8 » ;
- 118) *c)* Il est ajouté un 4° ainsi rédigé :
- 119) « 4° Une modification des éléments mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 6° de l'article L. 162-23-4 du même code. »
- 120) III. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2017, sous réserve des dispositions suivantes.
- 121) A. – Par dérogation à l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, le niveau des fractions mentionnées au 1° du même article peut être différencié entre les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, d'une part, et les établissements mentionnés aux *d* et *e* du même article, d'autre part.
- 122) B. – Par dérogation aux articles L. 162-23-3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du même code sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 dudit code, dans les conditions définies aux articles L. 162-23-2 et L. 162-23-3 du même code, affectés d'un coefficient de transition, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré.
- 123) Le coefficient de transition mentionné au premier alinéa du présent B est calculé, pour chaque établissement, afin de prendre en compte les conséquences sur les recettes d'assurance maladie de celui-ci des modalités de financement définies aux articles L. 162-23-2, L. 162-23-

- 3 et L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1^{er} mars 2017 et s'applique jusqu'au 28 février 2022 au plus tard. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.
- 124 Chaque année, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.
- 125 L'État fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels la valeur du coefficient est inférieure à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels la valeur du coefficient de transition est supérieure à 1. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces établissements supérieur au taux moyen régional.
- 126 La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur général de l'agence régionale de santé et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.
- 127 Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent B.
- 128 C. – Par dérogation à l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la présente loi, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 dudit code. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de santé, pour les activités mentionnées au 4^o de l'article L. 162-22 dudit code, leurs données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes. Ils lui transmettent simultanément la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au présent alinéa.
- 129 Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- 130 L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, d'une part, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-23-4 dudit code dans les conditions prévues au B du présent III et, d'autre part, de la consommation des spécialités pharmaceutiques mentionnées au premier alinéa du présent C. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.
- 131 L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
- 132 La dérogation prévue au présent C prend fin au plus tard le 1^{er} mars 2020 selon des modalités calendaires, précisées par décret, qui peuvent être différentes en fonction de la catégorie des établissements et selon qu'il s'agit, d'une part, d'actes et de consultations externes ou, d'autre part, de prestations d'hospitalisation et de spécialités pharmaceutiques, mentionnées à l'article L. 162-23-6 dudit code.
- 133 IV. – Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016, par dérogation aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, une part du montant des objectifs mentionnés aux mêmes articles est affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution d'une dotation. Cette dotation participe au financement des missions d'intérêt général exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 du même code dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.
- 134 Les engagements des établissements de santé sont inscrits au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.
- 135 Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent :
- 136 1^o La liste des missions financées par cette dotation ainsi que les critères d'attribution aux établissements ;
- 137 2^o Le montant des dotations régionales, en fonction du montant mentionné au premier alinéa du présent IV et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.
- 138 Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement. Ces dotations sont versées aux établissements, dans des conditions fixées par décret, par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18 du code de la sécurité sociale.
- 139 V. – Du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, un montant afférant aux dépenses relatives à la consommation de molécules onéreuses est identifié au sein de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale allouée aux établissements de santé au titre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. À l'occasion de l'examen de l'article 49, qui prévoit la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation, ou SSR, je veux souligner de nouveau, comme je l'ai déjà fait lors de mon intervention dans la discussion générale, que le présent PLFSS prévoit une progression de 0 %, en 2016, d'un

« sous-ONDAM » concernant la psychiatrie et les soins de suite et de rééducation, soit une économie imposée de près de 715 millions d'euros.

Pourtant, la mise en place de la dotation modulée à l'activité dans les SSR qui est prévue à cet article nécessite, à elle seule, quelque 30 millions d'euros. Le Gouvernement mise sur la convergence tarifaire et l'homogénéisation des financements, mais il n'a rien prévu pour garantir un rééquilibrage de la densité d'équipements dans des régions qui sont déjà très peu homogènes en la matière ou un rééquilibrage de la répartition entre SSR polyvalents et SSR spécialisés.

La situation des SSR est l'illustration des conséquences de l'évolution du niveau global de l'ONDAM pour 2016. Le Gouvernement propose un ONDAM à 1,75 %, contre 2,1 % en 2015, le plus faible depuis sa création voilà vingt ans. Alors que le taux de progression naturelle de l'ONDAM est évalué à 3,6 %, proposer un taux de progression des dépenses à 1,75 % signifie rechercher une nouvelle économie de 3,4 milliards d'euros.

Autre exemple, le sous-objectif des soins de ville ne progressera que de 1,7 %, alors que nous connaissons toutes et tous ici les difficultés d'accès aux généralistes ou spécialistes en secteur 1, qui entraînent, notamment, la saturation des urgences.

Enfin, le taux de progression de l'ONDAM médico-social a été établi à 1,9 %, alors même que les besoins sont de plus en plus importants pour les personnes dépendantes.

Nous pensons qu'il ne fallait pas restreindre à ce point les budgets, mais nous craignons, mes chers collègues, de n'avoir pas encore réussi à vous convaincre, malgré notre pugnacité.

Comme il ne nous reste plus que très peu de temps pour y parvenir, voici un nouvel argument : lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, le Gouvernement avait présenté un document qui prévoyait la progression de l'ONDAM d'ici à 2017. Dans ce document, l'ONDAM devait s'établir à 2,1 % en 2015, à 2 % en 2016 et à 1,9 % en 2017. Autrement dit, madame la ministre, en un an, vous avez fait baisser l'ONDAM de 0,6 point ! Cela nous laisse craindre le pire pour les prochaines années.

Vous comprendrez que nous ne puissions souscrire à cette politique de rigueur, qui, dans l'article qui nous intéresse, vise en premier lieu les SSR.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 18 rectifié *bis* est présenté par Mmes Imbert, Deroche, Morhet-Richaud, Di Folco, Duchêne, Estrosi Sassone, Des Esgaulx, Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Savary, Raison, Husson, Pinton, Laufoaulu, Mouiller, Laménie, Pierre, Lefèvre, G. Bailly, Comminhes, Morisset, Mandelli et D. Laurent et Mmes Gruny et Lamure.

L'amendement n° 244 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 32 rectifié, présenté par Mmes Micou-leau, Estrosi Sassone, Di Folco, Lamure et Garriaud-Maylam et MM. Chatillon, Comminhes, Pinton, César, Bouchet, Revet, Houpert, Lenoir, Mandelli et Morisset, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 277, présenté par M. Vasselle, n'est pas non plus soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 25 rectifié est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel et MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle, Delahaye, Gabouty et Delcros.

L'amendement n° 279 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 280, présenté par M. Vasselle, n'est pas non plus soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 63 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 281 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 45

Compléter cet alinéa par les mots :

qui peut être affecté d'un coefficient de spécialité

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 63.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Heureusement que le rapporteur général est encore là pour défendre ses amendements ! (*Sourires.*)

Mme Evelyne Yonnet. S'il n'en reste qu'un, vous serez celui-là !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il existe plusieurs types d'établissements de SSR, qui prennent en charge des situations plus ou moins lourdes. Certains d'entre eux sont spécialisés dans des pathologies, comme les affections de l'appareil locomoteur, qui nécessitent parfois l'appareillage de personnes amputées et un important travail de réadaptation et d'appropriation de la prothèse.

Vous conviendrez, mes chers collègues, que les charges pesant sur ces établissements sont spécifiques. Il est nécessaire de permettre leur prise en compte. Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 281 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la présidente, mesdames, messieurs les sénateurs, vous apprécierez que la ministre soit encore là également pour donner l'avis du Gouvernement ! (*Sourires.*)

Mme Laurence Cohen. Nous aussi, nous sommes encore là !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous souscrivons à l'objectif de l'amendement. En revanche, je ne suis pas certaine que l'on puisse mieux financer les établissements SSR dits « spécialisés » au travers d'un coefficient majorant.

Pour notre part, nous proposons, dans ce texte, que la spécificité des établissements ou des activités dans certains établissements soit financée *via* l'enveloppe forfaitaire dite

« des plateaux techniques spécialisés » ou au moyen des dotations de financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC.

Nous disposons d'ores et déjà d'instruments qui nous permettent d'accorder davantage de ressources aux établissements pratiquant certaines activités. Nous privilégions cette solution à un coefficient, qui ne permettrait pas de tenir compte d'un ensemble de critères concernant les établissements en cause.

Le Gouvernement vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement n° 63, monsieur le rapporteur général.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 63 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, j'ai écouté attentivement vos explications. Si je vous ai bien comprise, cette proposition pourra être mise en œuvre dans les établissements publics aussi bien que privés.

Dès lors, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 63 est retiré.

Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 282, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 161, présenté par M. Commeinhes, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 319, présenté par M. Vasselle, n'est pas non plus soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 26 rectifié est présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel et MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle, Delahaye, Gabouty et Delcros.

L'amendement n° 332 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 320, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 321, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 324, présenté par M. Vasselle, n'est pas non plus soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 207 rectifié *bis* est présenté par MM. Pellevat, Frassa, Commeinhes et de Raincourt, Mmes Deromedi et Gruny, M. Mandelli, Mme Lamure et M. Gremillet.

L'amendement n° 326 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 328, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 213 rectifié est présenté par MM. Pellevat, Frassa, Commeinhes et de Raincourt, Mmes Deromedi et Gruny et M. Gremillet.

L'amendement n° 330 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements ne sont pas soutenus.

L'amendement n° 429, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 120

Après le mot :

applicable

insérer les mots :

, pour une expérimentation de deux ans,

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet article a pour objet de réformer, dès 2017, le financement des soins de suite et de réadaptation, dont le développement est essentiel, en raison, notamment, du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques.

Il est vrai qu'il existe une certaine hétérogénéité des structures et des modes de financement des SSR et que la tarification à l'activité, la T2A, n'est pas appropriée à ce type d'activité. Une réforme est donc nécessaire.

Toutefois, madame la ministre, mes chers collègues, nous souhaitons appeler votre attention sur deux points.

Premièrement, nous nous interrogeons sur la possibilité de mettre concrètement en place un mode de financement commun au public et au privé, dans la mesure où les publics accueillis, donc aussi les dépenses, ne sont pas les mêmes dans les structures publiques et privées. D'importantes différences existent également dans les soins de suite et de réadaptation spécialisés et généralistes.

Deuxièmement, on renforce, une fois de plus, le rôle des agences régionales de santé, les ARS, qui auront le pouvoir de décider chaque année de l'enveloppe financière attribuée aux établissements. Ce point suscite notre préoccupation : non seulement un débat collectif serait nécessaire au cas par cas, mais ce mode de fonctionnement mériterait, en tout état de cause, d'être encadré par des critères objectifs et transparents, de manière à éclairer la décision que prendra l'ARS et, partant, d'éviter des décisions arbitraires.

Pour toutes ces raisons, et afin de progresser de manière structurée, nous proposons, dans un premier temps, que les dispositions de l'article 49 soient prises à titre expérimental et que cela soit explicitement inscrit dans le texte.

Vous nous répondrez, madame la ministre, que l'expérimentation est d'ores et déjà inscrite dans l'article, qu'il y aura tout d'abord une année blanche, puis une montée en charge progressive jusqu'à la cinquième année, et qu'un rapport sera remis chaque année, qui permettra de faire le point et d'ajuster, le cas échéant, l'application de la réforme.

Dès lors, pourquoi ne pas inscrire explicitement le principe d'une expérimentation dans la loi ? Le principe de clarté du droit l'exige !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des finances. La commission avait d'abord, elle aussi, imaginé une expérimentation, puis elle s'est ravisée.

Nous comprenons très bien l'objectif de cet amendement, qui est d'éviter qu'une réforme déséquilibrée ne soit mise en œuvre et ne puisse ensuite être corrigée. D'ailleurs, nous avons nous-mêmes déposé un amendement en ce sens, et la commission des finances a fait de même.

Néanmoins, le problème de la mise en œuvre d'une expérimentation est double.

D'une part, sur le plan rédactionnel, l'adoption de cet amendement ne peut suffire à cette mise en œuvre, car l'article modifie le code de la sécurité sociale et supprime les dispositions permettant le maintien du mode de financement actuel. Il faudrait donc réécrire presque complètement l'article.

D'autre part, mettre en place une expérimentation de trois ans n'est pas acceptable pour l'ensemble des acteurs.

Il est donc à craindre que cette disposition, si elle est adoptée par le Sénat, ne soit supprimée à l'Assemblée nationale, alors que la demande formulée par les commissions paraît, au contraire, recevable par tous.

Pour toutes ces raisons, parce que l'objectif poursuivi par la commission est fondamentalement le même que celui des auteurs de l'amendement et que nous ferons nécessairement le point lors de l'examen du prochain PLFSS, qui interviendra avant la mise en œuvre de la réforme, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, vous le savez, la réforme, telle qu'elle est proposée, est attendue par le service public hospitalier.

De plus, la rédaction de l'article prévoit non pas une expérimentation, mais, vous comme l'avez indiqué, un déploiement progressif de ce dispositif, qui s'appliquera à tous les établissements. Cette mise en place progressive permettra d'adapter les différentes structures à ce nouveau mode de financement.

Par ailleurs – permettez-moi d'y insister, afin de lever tout risque de confusion à ce sujet –, le mécanisme de financement unifié n'entraînera pas de convergence tarifaire entre les différents établissements publics et privés.

Depuis 2012, la règle est l'absence de convergence tarifaire. Pour répondre à l'une de vos préoccupations, je vous confirme que cette règle continuera de s'appliquer malgré l'unification du mécanisme de financement des établissements, celui-ci étant constitué d'une dotation représentant l'essentiel du financement et complétée par des tarifs modulés en fonction des activités ou des spécialités.

Madame la sénatrice, votre amendement étant satisfait, me semble-t-il, je vous invite à le retirer.

Mme la présidente. Madame David, l'amendement n° 429 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Madame la ministre, je vous remercie de vos propos rassurants. Notre amendement visait à exprimer des inquiétudes auxquelles vous avez répondu.

La réforme se mettra en place progressivement, et nous espérons que nous pourrions adapter le dispositif localement si des difficultés se manifestent. Nous vous faisons confiance, madame la ministre, et nous retirons cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 429 est retiré.

L'amendement n° 338, présenté par M. Vasselle, n'est pas soutenu.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 64 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 345 est présenté par M. Vasselle.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 131

Compléter cet alinéa par les mots :

selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du même code

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 64.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à préciser les garanties de procédure dont disposeront les établissements dans le cadre du contrôle exercé par les ARS.

Mme la présidente. L'amendement n° 345 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 64 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le rapporteur général, votre demande est déjà satisfaite par la rédaction actuelle du texte.

Vous proposez en effet de renvoyer à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, qui permet de préserver les droits garantis aux établissements concernés par les contrôles, ce qui est déjà le cas.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 64 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 64 est retiré.

L'amendement n° 65, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 132

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... – Jusqu'au 1^{er} mars 2022 au plus tard, les tarifs mentionnés au 1^o de l'article L. 162-23-1 sont différenciés s'agissant des établissements privés relevant du d) de l'article L. 162-22-6 et qui, à la date de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, dérogent au paiement direct des honoraires.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à prendre en compte une catégorie spécifique d'établissements privés à but non lucratif.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Ici, il s'agit en réalité de différencier les tarifs des établissements selon que les praticiens ont fait le choix du salariat, ou non. Or le projet de loi ne fait pas expressément référence au fait que les tarifs dans le champ SSR incluent ou non la rémunération des médecins.

En effet, l'option d'une tarification dite « tout compris » pour les établissements privés, c'est-à-dire intégrant la rémunération des praticiens, n'est à ce jour pas arrêtée et doit faire l'objet d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les syndicats de médecins libéraux. Avant cette concertation, tout amendement qui tendrait à préciser ou à anticiper un modèle de financement fondé ou non sur des tarifs dits « tout compris » me semble prématuré.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 65 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, au travers de cet amendement, la commission relayait l'inquiétude d'une fédération d'établissements privés. En effet, comme vous le savez, la situation des médecins au sein de ces établissements varie selon qu'ils sont salariés ou vacataires facturants sur honoraires. Cette fédération souhaiterait obtenir les garanties quant au financement et à la tarification.

Toutefois, j'ai entendu vos arguments et je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 65 est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 66 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 164 rectifié est présenté par MM. Comminhes, Chatillon, Calvet et de Raincourt.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 139

Après les mots :

établissements de santé

insérer les mots :

mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 66.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. L'amendement n° 164 rectifié n'est pas soutenu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 66 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 66. (*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 67 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 88 est présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

...- Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport détaillant l'impact de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation prévue par le présent article, d'une part, sur l'équilibre financier des établissements de santé et, d'autre part, sur les finances publiques. Ce rapport présente également les hypothèses de tarifs, de fractions de tarifs et de coefficients retenus pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 67.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 49 prévoit une refonte très importante des tarifs, mais repose encore sur de nombreuses incertitudes. Afin de ne pas déstabiliser les établissements de soins de suite et de réadaptation, il est nécessaire de faire un point d'étape sur la réforme dans les six mois qui suivent l'adoption du texte.

Tel est l'objet de cet amendement, qui, une fois n'est pas coutume, vise à demander un nouveau rapport ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 88.

M. Francis Delattre, rapporteur pour avis de la commission des finances. Mon amendement est identique à celui de M. le rapporteur général. Je souhaite cependant demander une précision supplémentaire. Madame la ministre, la réforme ne sera engagée qu'en 2017, alors que des économies sont prévues dès 2016. Je voudrais savoir quelle sera la nature desdites économies et relayer l'inquiétude indiquée par M. le rapporteur général quant à la fédération qui représente 1600 établissements et qui a accueilli 975 000 patients hospitalisés en 2014.

L'article L. 162-23 du code du travail précisant la catégorie des prestations d'hospitalisation et leur tarification s'appliquera dès la promulgation de la loi, par un décret du Conseil d'État. Madame la ministre, je me joins à la commission des affaires sociales pour vous demander de plus amples informations à ce sujet.

Par ailleurs, je ne suis pas un fanatique des demandes de rapports, mais il me semblerait intéressant que le groupe de travail que le président Milon souhaite mettre en place au sein de la commission des affaires sociales prenne également en charge le suivi de ce problème.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Le groupe de travail que j'envisage de créer s'occupera d'autre chose !

M. Robert del Picchia. Mais qui peut le plus peut le moins !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Delattre, je vous confirme que la modification des tarifs, qui, comme vous l'avez dit, n'interviendra qu'en 2017, n'aura pas d'incidence financière en 2016.

Les économies prévues en 2016 résultent du plan triennal, qui est revu chaque année pour les trois années suivantes, et qui est indépendant de la mesure de modification des tarifs SSR dont nous débattons.

Des mesures d'économies ont été prises pour l'ensemble du secteur hospitalier indépendamment de cette mesure particulière, dont nous ne pourrions mesurer l'impact financier qu'à partir de 2017.

J'entends les inquiétudes de ce que vous avez nommé pudiquement une « grande fédération d'établissements », qui dirait ne pas disposer des informations nécessaires. La Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France, pour la nommer clairement, dispose de toutes les informations nécessaires sur les mesures dont nous débattons, comme l'ensemble des grandes fédérations... Elle en conteste un certain nombre d'aspects, mais elle est parfaitement informée de ce qui se met en place.

En ce qui concerne la demande de rapport, il me semble que le rapport annuel sur le financement des établissements de santé prévu pour octobre 2016 pourrait comporter une section spécifique sur les SRR.

Toutefois, monsieur le rapporteur général, si vous tenez à ce qu'un rapport particulier soit consacré aux SRR au mois de septembre 2016, compte tenu de la courtoisie de nos échanges et du bon déroulement de nos travaux, que j'apprécie vraiment, j'accéderai volontiers à votre demande. Il appartiendra alors à mes services d'anticiper cette partie-là et de produire un rapport à part entière dès le mois de septembre prochain.

J'émet donc un avis favorable sur ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ne suis pas partisan de la complexification, et chacun sait ici que nous faisons la chasse aux rapports superflus.

L'ouverture d'une section portant spécifiquement sur le SSR au sein du rapport annuel sur le financement des établissements de santé aurait le mérite d'être durable, alors qu'un rapport peut n'être que ponctuel.

Monsieur Delattre, êtes-vous du même avis que moi ? En tout cas, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 67 est retiré.

Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 88 est-il maintenu ?

M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. C'est la bonne ambiance du vendredi après-midi ! *(Sourires.)*

Je suis tout à fait d'accord avec l'analyse de M. le rapporteur général et je retire donc à mon tour mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 88 est retiré.

Je mets aux voix l'article 49, modifié.

(L'article 49 est adopté.)

Article 49 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2016, un rapport portant sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse et sur les restes à charge des patients, notamment liés à une chirurgie réparatrice, par exemple dans les cas de cancers du sein. – *(Adopté.)*

Article 49 ter (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2016, un rapport relatif au développement et à la valorisation des consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé. Il a notamment pour objet d'évaluer l'amélioration de la prise en charge de ces consultations au regard des économies induites par leur développement. – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 49 ter

Mme la présidente. L'amendement n° 170 rectifié, présenté par Mme Gatel et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Après l'article 49 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa de l'article L. 1435-10 du code de la santé publique, après le mot : « année », sont insérés les mots : « , en tenant compte de la démographie régionale et des besoins de santé recensés sur le territoire, ».

La parole est à M. Claude Kern.

M. Claude Kern. Cet amendement vise à préciser que les crédits du Fonds d'intervention régional, le FIR, sont répartis en tenant compte des besoins territoriaux de santé, plus précisément de la démographie régionale et des besoins de santé recensés sur le territoire.

Dans la région de notre rapporteur général, le Nord-Pas-de-Calais, le taux de mortalité est très supérieur à la moyenne nationale et l'espérance de vie pour les hommes est inférieure de trois ans. Cette région ne touche que 5,7 % de l'enveloppe, alors qu'elle représente 6,5 % de la population française.

Mes chers collègues, l'amendement que je propose vise à assurer que la répartition des crédits du FIR à laquelle nous travaillons sera équitable entre les territoires et prendra en compte les besoins de chaque région.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à préciser que la répartition régionale des crédits du Fonds d'intervention régional, le FIR, doit tenir compte de la démographie régionale et des besoins de santé identifiés sur le territoire.

Le FIR a déjà pour objet de financer des actions, des expérimentations et des structures concourant notamment, aux termes de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, « à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire » et « à l'organisation et à la promotion de parcours de santé

coordonnés, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ». Certes, aucune disposition ne fait allusion à la démographie en tant que telle.

Tout en s'en remettant à la sagesse de la Haute Assemblée, la commission aimerait connaître l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vous demande, monsieur le sénateur, de bien vouloir retirer votre amendement, car il est très largement satisfait.

Nous avons régulièrement ce débat, et nous l'avons encore eu l'année dernière ici même, ainsi qu'à l'Assemblée nationale. Le groupe UDI-UC en particulier, ainsi que d'autres groupes politiques, avait exprimé le souhait de voir appliquer une pondération des critères de répartition du FIR entre les régions, afin de tenir compte des déterminants de la santé. Certains membres de votre groupe avaient même demandé des objectifs de dépenses de santé régionalisés. J'avais alors indiqué les raisons pour lesquelles cela ne me paraissait pas possible.

Toutefois, je m'étais engagée à introduire des mécanismes de péréquation pour ce qui concerne le FIR. Or tel est le cas : désormais, plus de 60 % des crédits alloués par le FIR font l'objet d'une péréquation, au-delà de la prise en compte de la population, à partir de trois critères : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité et le taux d'affections de longue durée standardisé pour tenir compte du taux de maladies chroniques.

Ce mécanisme de péréquation se met en place progressivement, pour en lisser les effets sur une période donnée. Les 40 % restants continuent à être exclus de ce mécanisme, afin de tenir compte d'autres impératifs, notamment la répartition territoriale de l'offre de soins.

Avec ce mécanisme, nous avons répondu, monsieur le sénateur, à votre préoccupation, qui est parfaitement légitime. Votre demande étant satisfaite, je vous invite à retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Kern, l'amendement n° 170 rectifié est-il maintenu ?

M. Claude Kern. Si je me fie aux explications de Mme la ministre, mon amendement est satisfait. Nous veillerons à l'application de cette mesure, mais, en attendant, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 170 rectifié est retiré.

Article 50

- ① I. – L'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au début du premier alinéa, les mots : « En application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins prévu à l'article L. 162-30-4 » sont remplacés par les mots : « Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions » ;
- ③ 2° À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « l'avant-dernier alinéa du II de » sont supprimés.
- ④ II. – L'article L. 162-22-7 du même code est ainsi modifié :

- ⑤ 1° Les deuxième à avant-dernier alinéas du I sont supprimés ;
- ⑥ 2° Le II est abrogé.
- ⑦ III. – Les articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4 du même code sont ainsi rédigés :
- ⑧ « Art. L. 162-30-2. – Un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique. Il a pour objet d'améliorer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions et de permettre une diminution des dépenses de l'assurance maladie.
- ⑨ « Ce contrat comporte :
- ⑩ « 1° Un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations ;
- ⑪ « 2° Le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels conclus avec les établissements identifiés en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou ne respectant pas, pour certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels y exerçant, un ou plusieurs référentiels de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3.
- ⑫ « Le contrat est conclu pour une durée indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximale de cinq années. Il prévoit notamment, conformément à un contrat type fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluations. En l'absence de contrat type national, l'agence régionale de santé peut arrêter un contrat type régional.
- ⑬ « En cas de refus par un établissement de santé de conclure ce contrat ou l'un de ses volets, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. La somme de cette sanction et de celles mentionnées à l'article L. 162-30-4 ne peut être supérieure à 5 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos. Le produit de ces sanctions est versé à l'assurance maladie. En cas de refus de conclure les volets relatifs aux produits de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut choisir, à la place de la sanction mentionnée à la première phrase du présent alinéa, de réduire de 30 % la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.
- ⑭ « Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

- 15 « *Art. L. 162-30-3.* – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ou des recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie, sur certains actes, prestations ou prescriptions des établissements de santé ou des professionnels de santé y exerçant. Ils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement de santé. Ils peuvent être nationaux ou régionaux.
- 16 « L'agence régionale de santé élabore un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, précisant notamment les critères retenus pour identifier les établissements de santé devant conclure un volet additionnel au contrat mentionné à l'article L. 162-30-2.
- 17 « Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou en application du plan d'actions régional susmentionné, elle peut proposer à cet établissement de conclure un avenant au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2.
- 18 « Les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations ou prescriptions qui font l'objet de ces contrats ainsi que la nature des données prises en compte et les méthodes utilisées pour arrêter ces référentiels et vérifier la conformité des pratiques des établissements sont déterminées par décret.
- 19 « *Art. L. 162-30-4.* – La réalisation des objectifs fixés par le contrat mentionné à l'article L. 162-30-2 fait l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle de ces objectifs, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, prononcer une sanction financière proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos, et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an.
- 20 « La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peuvent également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions, dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-17, ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, à la réduction, dans la limite de 30 % et en tenant compte des manquements constatés, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 en lieu et place de la sanction mentionnée au

premier alinéa du présent article. Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

- 21 IV. – L'article L. 322-5-5 du même code est abrogé.
- 22 V. – Les I, II et IV du présent article ainsi que les articles L. 162-30-2 et L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant de la présente loi, entrent en vigueur le lendemain de la publication du décret mentionné au même article L. 162-30-2 pour les nouveaux contrats, et au plus tard au 1^{er} janvier 2018.
- 23 Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.
- 24 L'article L. 162-30-3 du même code, dans sa rédaction résultant du présent article, entre en vigueur le lendemain de la publication du décret mentionné à l'article L. 162-30-2 dudit code pour les nouveaux contrats. Les contrats conclus avant la publication du décret précité continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Mme la présidente. L'amendement n° 430, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. L'article 50 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit d'étendre les pouvoirs conférés aux agences régionales de santé, en leur donnant, notamment, la possibilité de sanctionner les établissements qui ne s'inscriraient pas dans les contrats pour l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, ou qui le feraient imparfaitement.

Or les ARS, créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », disposent déjà de pouvoirs étendus quant à l'organisation de la santé sur le territoire, sans transparence d'ailleurs à l'égard des collectivités locales, et avec, le plus souvent, des objectifs en matière de réduction de la dépense publique de santé sans commune mesure avec les besoins sanitaires réels.

Ainsi, dans la région Nord-Pas-de-Calais, au-delà des crédits accordés au FIR au titre des actions de prévention, notamment, nous déplorons que le ministère de la santé ait annoncé vouloir réduire de 33 millions d'euros le budget de la santé qui lui est alloué – ce chiffre ne concerne que cette région, et non pas la future région Nord-Pas-de-Calais-Picardie –, et geler les embauches pendant plusieurs années.

Cette mesure nous paraît contradictoire avec l'état sanitaire de cette région. Comme vient de le rappeler notre collègue Claude Kern, l'espérance de vie y est inférieure de trois ans à celle qui prévaut dans les autres régions et le taux de surmortalité y est supérieur de 60 % à celui de la moyenne nationale. La situation sanitaire de cette région imposerait donc, à l'inverse, un accroissement des crédits et des investissements.

De plus, j'ajoute qu'il n'y a pas de centre hospitalier universitaire dans le Pas-de-Calais, un département qui compte pourtant 4,5 millions d'habitants. Certes, un nouvel hôpital va être construit à Lens, mais la situation actuelle n'est pas acceptable.

Or on nous impose encore des réductions de crédits et de personnels ou, en tout cas, le gel des embauches, alors que la région a besoin de meilleures conditions de fonctionnement et d'un véritable centre hospitalier universitaire. Ce serait en effet un moyen d'attirer des professionnels de santé, qui font actuellement défaut.

C'est pourquoi nous ne pouvons accepter que la logique comptable guide seule le travail de nos hôpitaux et de nos structures sanitaires.

Tel est le sens de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pour connaître moi aussi la situation sanitaire du Nord-Pas-de-Calais, je sais que cette région mérite un traitement particulier. D'ailleurs, elle en a bénéficié certaines années.

Mme Catherine Génisson. Entre 1997 et 2002 !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. On l'a parfois un peu oublié, la situation justifiait le traitement différencié – positif, bien sûr –, auquel notre collègue Dominique Watrin a fait allusion.

Toutefois, cet amendement visant à supprimer l'article 50 marque, comme ce fut aussi le cas l'année dernière, l'opposition du groupe CRC aux sanctions liées au non-respect des obligations prévues par les contrats d'amélioration des pratiques. Comme l'année dernière, les mesures proposées nous paraissent proportionnées aux enjeux en matière de qualité des soins.

Par conséquent, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. La mesure proposée à l'article 50 est une mesure de simplification. Par ailleurs, compte tenu des déterminants de la santé, la région Nord-Pas-de-Calais bénéficie en premier, je tiens à le préciser, des mesures de péréquation du Fonds d'intervention régional, et c'est encore le cas actuellement, monsieur le rapporteur général. C'est une action de différenciation positive que nous assumons pleinement en direction de cette région, qui a des besoins importants en matière de santé publique.

Monsieur Watrin, je ne sais comment vous êtes parvenu à cette déduction, mais le budget de la santé dans le Nord-Pas-de-Calais ne diminue pas de 33 millions d'euros. Vous ne pouvez pas dire que le niveau baisse – il augmente ! –, et les sommes allouées au FIR n'ont pas encore été attribuées pour 2016. En tout état de cause, il n'y a pas de baisse des fonds accordés à la santé dans cette région.

En conséquence, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

M. Dominique Watrin. Le FIR représente un budget faible. Vous indiquez, madame la ministre, que la région bénéficie de mesures de péréquation. Toutefois, si l'on pousse le raisonnement jusqu'au bout, il faudrait aussi introduire une péréquation dans le budget de nos hôpitaux.

En effet, les personnes qui arrivent à l'hôpital sont cassées. Telle est la situation ! Elles tardent à se soigner ; c'est le point qui est d'ailleurs mis en avant dans le projet régional de santé. Que faire pour que les personnes se soignent plus vite et aient plus facilement accès aux soins et aux structures sanitaires ?

Vous indiquez que vous ne réduisez pas de 33 millions d'euros le budget de la santé accordé à la région Nord-Pas-de-Calais, mais vous demandez des économies à hauteur de cette somme ! Ne nous amusons pas à jouer sur les mots, alors que la situation sanitaire est particulièrement grave sur ces territoires !

Par ailleurs, vous n'avez pas répondu au besoin de construire un CHU. Certes, il est heureux que l'hôpital de Lens bénéficie d'un investissement, mais la construction d'un CHU présenterait un atout, celui d'intégrer la recherche médicale sur ce territoire, une mission extrêmement importante pour attirer les professionnels de santé.

Je me rends très souvent dans le secteur de l'Auchellois, un territoire particulièrement déshérité, où les deux cartes, celle de la précarité et celle de la situation sanitaire, se recourent totalement. Les spécialistes ne veulent pas exercer dans ce territoire.

Nous avons débattu de cette question ce matin. Pour notre part, nous avons formulé des propositions sur ce sujet. Monsieur le rapporteur général, la construction d'un CHU à Lens, à Béthune ou à Arras – peu importe sa localisation ! –, constituerait un atout en matière de recherche, en vue de tisser des liens entre les professionnels de santé et la structure hospitalière. C'est aussi, je le répète, un moyen d'attirer les professionnels de santé qui, précisément, nous font défaut dans cette région.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Sans vouloir entrer dans un débat qui concerne la région Nord-Pas-de-Calais, j'observe que les hôpitaux généraux du Pas-de-Calais, dotés de pôles d'excellence, disposent d'un niveau de compétence et de spécialisation proche de celui que l'on trouve dans un centre hospitalo-universitaire.

Par ailleurs, la future région Nord-Pas-de-Calais-Picardie comptera deux centres hospitalo-universitaires, l'un à Lille et l'autre à Amiens. Aussi, même si l'option de la construction d'un CHU dans la région Nord-Pas-de-Calais a largement été défendue, et par nous tous, mon cher collègue, celle-ci n'est plus d'actualité.

Je le répète, les hôpitaux généraux de la région sont d'excellente qualité et réussissent depuis de nombreuses années à coopérer ensemble. En témoigne la prise en charge du secteur cardiovasculaire, au niveau médical ou chirurgical, qui est remarquable à Lens, à partir des quatre hôpitaux qui sont situés alentour, mais je pourrais citer bien d'autres secteurs encore.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 430.

(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° 165 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet, Chatillon et de Raincourt, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 68, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 8, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Pour les établissements de santé privés, les médecins libéraux exerçant dans leur structure sont aussi signataires du contrat.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les établissements privés qui emploient des médecins libéraux ne peuvent valablement s'engager en matière d'amélioration de soins sans que les médecins eux-mêmes y consentent.

Cet amendement vise à prévoir que les praticiens seront partie au contrat signé avec l'ARS. Nous relayons là une question émanant des établissements de santé qui nous paraît assez légitime. En effet, ceux-ci ont une autonomie et une responsabilité qui ne dépendent pas de l'établissement signataire du contrat.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le rapporteur général, je tiens à attirer votre attention sur l'extraordinaire complexité que pourrait entraîner l'adoption de cet amendement.

Si vous voulez que les médecins, en tant que communauté médicale, soient associés au contrat, sachez qu'ils le sont déjà. La commission médicale d'établissement, qui est consultée, donne un avis sur les contrats, à l'instar de ce qui se passe dans le secteur public d'ailleurs, et fait part de ses observations. Dans un établissement qui fonctionne bien, la direction fait en sorte que le travail avance de façon positive avec la commission médicale d'établissement.

En revanche, si vous voulez que les contrats soient signés avec chaque médecin individuellement, la procédure devient extraordinairement complexe.

Quand on fixe collectivement des objectifs au titre de la qualité ou de la maîtrise médicalisée, il y a toujours le risque du cavalier solitaire, comme on l'appelle. La communauté médicale ne saurait être pénalisée collectivement pour le mauvais comportement de l'un des siens. Si les accords sont signés individuellement, imaginez que cela va donner dans certaines cliniques ! Cette procédure sera d'une extraordinaire complexité.

Aussi, l'association de l'avis de la commission médicale d'établissement me semble procéder d'une bonne démarche. Votre préoccupation trouve ainsi un point d'aboutissement. Si nous voulions aller plus loin encore, il conviendrait de réfléchir de manière plus précise sur les modalités des consultations que vous voulez proposer.

C'est pourquoi, monsieur le rapporteur général, le Gouvernement vous demande de bien vouloir retirer l'amendement n° 68.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 68 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Que la signature par chaque médecin à titre individuel du contrat d'amélioration de la qualité des soins risque d'être complexe, je le conçois, encore que les médecins ne soient pas partout un millier ; il n'est pas

rare qu'un établissement n'en compte qu'une dizaine. Il n'en demeure pas moins que l'avis de la commission médicale d'établissement ne constitue pas un engagement contractuel. De là la question qui nous a été posée et que je me borne à relayer, la trouvant légitime.

Il me semble, madame la ministre, que vous n'êtes pas à proprement parler opposée à notre proposition ; vous estimez qu'elle n'est pas praticable. Pourtant, la conclusion d'un contrat de qualité suppose que quelqu'un signe au bas de la page. Or les cliniques et les hôpitaux privés font valoir qu'ils ne sont pas qualifiés pour s'engager au nom des médecins libéraux qui exercent en leur sein. J'ignore si une solution plus élégante que celle que nous proposons peut être trouvée, mais je suis certain qu'un vrai problème se pose...

M. Jean Desessard. C'est vrai !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... et je ne pense pas, madame la ministre, que votre position soit tout à fait satisfaisante pour les établissements dont nous parlons.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 68.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 50, modifié.

(L'article 50 est adopté.)

Article 50 bis (nouveau)

① Le premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

② « Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment l'identification du prescripteur y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé. »

Mme la présidente. L'amendement n° 69 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les frais d'un transport ayant fait l'objet d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé, sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. »

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 69 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 50 bis, modifié.

(L'article 50 bis est adopté.)

Article 51

- ① I. – La seconde phrase du II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « issues notamment des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique ».
- ② II. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
 - ③ 1° L'article L. 6113-11 devient l'article L. 6113-14 ;
 - ④ 2° Après l'article L. 6113-10-2, sont insérés des articles L. 6113-11 à L. 6113-13 ainsi rédigés :
 - ⑤ « *Art. L. 6113-11.* – Afin de disposer de données sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, des études nationales de coûts sont réalisées chaque année auprès d'établissements de santé relevant des catégories mentionnées aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.
 - ⑥ « Ces études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État.
 - ⑦ « La réalisation de ces études est confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État.
 - ⑧ « *Art. L. 6113-12.* – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent chaque année, sur proposition de la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts de l'année suivante.
 - ⑨ « Cette liste est élaborée dans les conditions suivantes :
 - ⑩ « 1° Un appel à candidatures est réalisé par la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11. Les établissements de santé ayant fait acte de candidature participent aux études nationales de coûts sous réserve qu'ils soient en mesure de fournir des données, notamment médicales et comptables, nécessaires à leur réalisation. Dans le cas contraire, ils peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante ;
 - ⑪ « 2° À l'issue de l'appel à candidatures mentionné au 1° du présent article, lorsque la liste d'établissements sélectionnés est insuffisante pour disposer de données fiables sur les coûts de prise en charge au sein des établissements de santé, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 met en œuvre une procédure complémentaire de sélection d'établissements de santé dont la participation aux études nationales de coûts permettrait, en raison de leur statut ou de leurs activités, d'améliorer la fiabilité de la mesure des coûts.
 - ⑫ « Les établissements sélectionnés selon cette procédure complémentaire transmettent à la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 les informations permettant de s'assurer de leur capacité à fournir les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts. Seuls les établissements en mesure de fournir de telles données participent aux études nationales de coûts. Les établissements qui ne remplissent pas

cette condition peuvent bénéficier d'un accompagnement en vue de préparer leur participation aux études nationales de coûts de l'année suivante.

- ⑬ « En cas de refus d'un établissement de santé sélectionné selon la procédure complémentaire de transmettre à la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 les informations mentionnées à l'avant-dernier alinéa du présent article, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- ⑭ « *Art. L. 6113-13.* – Une convention est signée entre la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 et chaque établissement de santé figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 6113-12.
- ⑮ « En cas de refus d'un établissement de santé de signer cette convention, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.
- ⑯ « En contrepartie des moyens engagés par l'établissement pour produire les données nécessaires à la réalisation des études nationales de coûts, la personne publique mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 6113-11 assure à cet établissement un financement dans les conditions définies par la convention.
- ⑰ « En cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement restitue les indemnités perçues, dans les conditions définies par la convention. »

Mme la présidente. Je suis saisi de deux amendements.

L'amendement n° 27 rectifié, présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel et MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle, Delahaye, Canevet et Delcros, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Claude Kern.

M. Claude Kern. La direction générale de l'offre de soins, malgré les concertations – toujours en cours – avec les fédérations hospitalières sur la mise en œuvre d'une mesure de renforcement de la représentativité de l'étude nationale de coûts, l'ENC, au lieu de suggérer au Gouvernement la mise en place d'un système efficace de promotion des acteurs, s'est tournée vers un système de sanction inapproprié. L'article 51 ne traduisant pas les discussions en cours, les auteurs de l'amendement n° 27 rectifié proposent de le supprimer.

Mme la présidente. L'amendement n° 28 rectifié, présenté par MM. Cigolotti et Cadic, Mme Gatel et MM. Kern, L. Hervé, Guerriau, Longeot, Médevielle, Canevet, Delahaye et Delcros, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Après les mots :

établissements de santé

insérer les mots :

dont les fédérations les représentant, les critères permettant de déterminer la capacité des établissements à participer aux études nationales de coûts et

La parole est à M. Claude Kern.

M. Claude Kern. Il s'agit d'un amendement de repli.

La capacité des établissements de santé à participer à l'ENC ne saurait se décréter; la mesurer nécessite de mener un travail spécifique avec les représentants des établissements de santé, afin de s'assurer que les critères définis sont pertinents. Ce n'est qu'à cette condition que les fédérations représentatives des établissements de santé pourront valablement donner un avis sur la liste des établissements appelés à participer à l'étude.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous convenons que l'amélioration des études nationales de coûts est une nécessité; elle figure d'ailleurs parmi les propositions du rapport « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », établi par notre collègue Alain Milon et notre ancien collègue Jacky Le Menn. Or on ne peut souhaiter connaître les coûts réels des hôpitaux et refuser leur participation à l'étude, d'autant qu'un mécanisme d'accompagnement est prévu pour leur permettre de fournir les informations demandées. Dans ces conditions, la commission sollicite le retrait de l'amendement n° 27 rectifié; s'il est maintenu, elle y sera défavorable.

En revanche, l'amendement n° 28 rectifié, qui vise à faire participer les fédérations hospitalières à la définition des critères de sélection des établissements participant à l'étude nationale de coûts, a reçu de la commission un avis de sagesse. En effet, l'échantillon d'établissements retenu doit être aussi représentatif que possible pour assurer la qualité des études. S'il appartient aux établissements, avec l'aide du ministère, de se mettre en état de transmettre les informations qui leur sont demandées, une concertation avec les fédérations hospitalières peut être nécessaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Sur l'amendement n° 27 rectifié, le Gouvernement a le même avis que M. le rapporteur général. Nous avons besoin que le plus grand nombre possible d'établissements s'engagent dans la procédure, afin de pouvoir définir de la façon la plus précise les coûts mesurés. Il est donc dans l'intérêt des établissements eux-mêmes qu'ils soient incités à participer à la démarche.

En ce qui concerne l'amendement n° 28 rectifié, je suis d'accord avec son principe, mais la précision proposée ne relève pas de la loi. Il va de soi que toutes les fédérations hospitalières participeront à la concertation menée dans le cadre du comité de pilotage des études nationales de coûts. Compte tenu de cet engagement, je vous demande, monsieur Kern, de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Kern, les amendements n° 27 rectifié et 28 rectifié sont-ils maintenus ?

M. Claude Kern. Je consens à retirer l'amendement n° 27 rectifié, mais, malgré les explications de Mme la ministre, je maintiens l'amendement n° 28 rectifié.

Mme la présidente. L'amendement n° 27 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 28 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 51, modifié.
(L'article 51 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 51

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 21 rectifié *bis* est présenté par Mme Imbert, MM. Savary, Raison et Husson, Mmes Duchêne et Di Folco, MM. Houpert et Laufoaulu, Mmes Deroche et Cayeux, MM. Pinton, D. Laurent, Mandelli, Morisset et Bouchet, Mmes Estrosi Sassone et Des Esgaulx, MM. Commeinhes, G. Bailly et Lefèvre, Mmes Deromedi et Garriaud-Maylam, MM. Pierre, Chasseing, Laméni et Mouiller et Mmes Morhet-Richaud, Gruny et Lamure.

L'amendement n° 252 est présenté par M. de Montgolfier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En matière de radiothérapie, les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L. 162-22-10 sont déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

La parole est à Mme Caroline Cayeux, pour présenter l'amendement n° 21 rectifié *bis*.

Mme Caroline Cayeux. Le secteur public hospitalier connaît depuis 2009 une augmentation de 46 % de ses dépenses liées au remboursement de la radiothérapie. Cette évolution semble résulter d'une anomalie tarifaire profitable à un seul type de machines, et qui ne repose sur aucune véritable justification clinique ou thérapeutique. Cet amendement a pour objet d'instaurer un critère obligatoire sur le fondement duquel le ministre des finances et des comptes publics et le ministre des affaires sociales et de la santé arrêteraient chaque année les tarifs de remboursement dans le secteur de la radiothérapie; ceux-ci seraient donc fonction du critère objectif et efficient du coût relatif des prestations.

Mme la présidente. L'amendement n° 252 n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 21 rectifié *bis* ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à corriger ce qui peut apparaître comme une dérive des dépenses liées à certains actes de radiothérapie. Cette situation semble résulter de l'usage de certains appareils plutôt que de certains autres. Sur cette question technique, la commission s'en remet à l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Cayeux, la loi prévoit d'ores et déjà que les tarifs nationaux en matière de radiothérapie sont fondés sur les données de coût effectif des prestations.

Par ailleurs, une politique de neutralité tarifaire a été engagée depuis plusieurs années pour limiter les effets, qu'il s'agisse d'effets négatifs ou d'effets d'aubaine, associés à des

écarts trop importants entre les tarifs et les coûts moyens constatés. Votre proposition que les tarifs en matière de radiothérapie soient déterminés en fonction des coûts effectifs des prestations est donc satisfaite tant par la législation que dans la pratique engagée depuis plusieurs années.

Quant à l'idée selon laquelle certains types d'appareils seraient davantage utilisés ou mieux rémunérés que d'autres, nous ne constatons rien de tel de manière évidente.

En tout cas, madame la sénatrice, nous déterminons les tarifs en fonction des coûts effectifs des appareils utilisés ou des protocoles mis en œuvre. Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Madame Cayeux, l'amendement n° 21 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Caroline Cayeux. Non, je le retire, madame la présidente.

M. Jean Desessard. Mme la ministre est formidable... Elle nous charme! (*Sourires.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 21 rectifié *bis* est retiré.

Je suis de nouveau saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 70 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 87 rectifié est présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'un accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents de la fonction publique hospitalière en congé de maladie ainsi que les salariés des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale ne perçoivent pas leur rémunération au titre des trois premiers jours de ce congé.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 70.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à appliquer aux personnels des établissements publics de santé les jours de carence prévus pour les salariés du secteur privé. Actuellement, les salariés des établissements de santé privés sont soumis à des jours de carence, alors que les agents de la fonction publique hospitalière et les contractuels des établissements publics de santé ne le sont pas. Il nous paraît juste que la réorganisation de l'hôpital s'accompagne de mesures d'équité entre les différentes sortes d'établissements ; il y a là une mesure parmi celles qui doivent être prises dans cet esprit.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour présenter l'amendement n° 87 rectifié.

M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. N'oublions pas qu'une expérience a été menée en matière de jours de carence, avant que la loi de finances pour 2014 ne l'abroge. Quels en ont été les résultats ? L'instauration d'une journée de carence a entraîné 63,5 millions d'euros d'économies et fait baisser de 7 % le taux d'absentéisme dans les centres hospitaliers universitaires, d'après la fédération de la fonction publique hospitalière. À l'inverse, les bilans sociaux publiés ces derniers mois tendent à faire apparaître une recrudescence de l'absentéisme.

Loin de nous l'idée de stigmatiser qui que ce soit – et surtout pas le personnel hospitalier, dont nous connaissons tous les difficultés. Seulement, nous qui sommes des gérants de collectivités territoriales et qui parfois siégeons au conseil d'administration d'un établissement hospitalier, nous savons très bien qu'il y a un public ciblé qui, d'une certaine manière, profite de ce régime favorable.

L'adoption des amendements identiques permettrait aux établissements hospitaliers de mieux maîtriser leur masse salariale, qui est leur principal problème, et lancerait une réflexion, que nous souhaitons aussi sereine que possible, sur un véritable problème de société. Après l'avoir soulevé pour la fonction publique hospitalière à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous le soulèverons pour l'ensemble de la fonction publique à la faveur du projet de loi de finances.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour explication de vote.

M. Roger Karoutchi. L'année dernière, j'ai fait adopter par le Sénat un amendement, qui n'a malheureusement pas fait carrière à l'Assemblée nationale, dont l'objet était d'appliquer les trois jours de carence non pas seulement dans le domaine hospitalier, mais dans l'ensemble de la fonction publique. Au cours du débat, on nous avait objecté que l'équité avec le secteur privé n'était pas réelle, puisque la plupart des entreprises appliquent des systèmes de prise en charge des jours de carence. Vérification faite, cela n'est pas tout à fait vrai : s'il est exact que les très grands groupes prennent ces jours en charge, ce n'est pas le cas de l'immense majorité des petites et moyennes entreprises, qui emploient l'essentiel des salariés du secteur privé.

Ces deux amendements identiques, qui portent sur la fonction publique hospitalière, sont des amendements de cohérence avec la position adoptée l'année dernière par le Sénat.

Nous ne mettons pas en question la fonction publique. Nous souhaitons juste établir un équilibre entre les salariés du privé et les agents de la fonction publique, car, en réalité, je le répète, les jours de carence ne sont pas pris en charge dans les petites et moyennes entreprises.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Nous avons déjà eu ce débat ici sur ce sujet, nous n'allons pas le relancer.

Mme Nicole Bricq. Non !

Mme Annie David. Mme la ministre a très sagement dit : Avis défavorable. Le groupe CRC est lui aussi très défavorable à ces amendements.

Il y a peu, M. Cardoux, à propos d'un autre amendement, parlait d'un amendement déposé à la sauvette. On peut là aussi dire que la présente disposition nous est proposée à la sauvette.

M. Roger Karoutchi. Ce n'est pas « à la sauvette », cela fait deux ans qu'on en parle !

Mme Annie David. Imposer trois jours de délai de carence aux agents de la fonction publique hospitalière au détour d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale défie l'entendement, alors que le dialogue social prévaut en matière d'organisation du temps de travail !

Mes chers collègues, vous est-il déjà arrivé de passer une semaine de travail dans un hôpital aux côtés des agents hospitaliers ?

Je pense que vous vous trompez de cible : ce n'est pas en mettant un peu plus la tête sous l'eau aux agents hospitaliers que vous parviendrez à faire faire des économies à notre système de protection sociale. Leur charge de travail est déjà bien lourde. En rajouter, c'est plus que mesquin, c'est injuste. (*M. Roger Karoutchi hoche la tête en signe de dénégation.*)

En revanche, ce qui ne vous dérange pas, évidemment, ce sont les 41 milliards d'euros de cadeaux aux entreprises, qui, eux, vont priver de recettes notre système de protection sociale, alors qu'elles auraient pu lui permettre de répondre aux besoins pour lesquels elle a été créée. Vous l'avez peut-être oublié, mes chers collègues, mais la sécurité sociale a été mise en œuvre au sortir de la guerre (*M. Robert del Picchia s'exclame.*) par solidarité avec les plus démunis et pour répondre aux besoins des assurés sociaux, de leur naissance à leur mort. C'est une belle invention.

Aujourd'hui, bien tranquillement installés dans ce bel hémicycle aux couleurs chatoyantes, vous décidez...

M. Claude Kern. Vous aussi, vous y êtes bien tranquillement installés !

Mme Annie David. ... que des agents hospitaliers, qui connaissent déjà bien des difficultés, devront en plus avoir trois jours de délai de carence. Mes chers collègues, le groupe CRC n'est absolument pas d'accord avec cette mesure. Nous le disons haut et fort, et nous le dirons encore si toutefois vous deviez de nouveau présenter cette mesure. Je vous fais confiance pour la présenter tant que vous n'aurez pas réussi à la faire adopter ! (*M. Robert del Picchia opine.*)

Mme Laurence Cohen. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Les sénatrices et sénateurs du groupe socialiste et républicain estiment que cet amendement est une très mauvaise façon d'aborder la question des conditions de travail dans les établissements hospitaliers. Ils voteront donc contre. (*Mme Catherine Génisson applaudit.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 70 et 87 rectifié.

J'ai été saisie de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, de la commission des affaires sociales et, l'autre, du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n^o 56 :

Nombre de votants	344
Nombre de suffrages exprimés	344
Pour l'adoption	189
Contre	155

Le Sénat a adopté.

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 51.

Chapitre IV

AUTRES MESURES ET OBJECTIFS FINANCIERS

Article 52

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Le 5^o du I de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le mot : « réalisées », sont insérés les mots : « dans le cadre des activités de permanence des soins, mentionnées à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, et » ;
- ④ b) Les mots : « l'assiette et » sont remplacés par les mots : « les catégories de revenus pour lesquelles ces cotisations peuvent être prises en charge, » ;
- ⑤ 2^o L'article L. 612-3 est ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 612-3.* – Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité défini au présent titre une contribution à la charge des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1, dont le taux est égal à 3,25 %.
- ⑦ « Cette contribution est calculée et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 sur la part des revenus d'activité professionnelle tirés :
- ⑧ « 1^o Des dépassements mentionnés au 18^o de l'article L. 162-5, à l'article L. 162-5-13 et au 1^o de l'article L. 162-14-1 ;
- ⑨ « 2^o Des activités ne relevant pas du champ des conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1, à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération et à l'exception de la participation à la permanence des soins définie à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique. »
- ⑩ II. – Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la participation financière de l'assurance maladie-maternité prévue au 5^o de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, est plafonnée, sauf en cas d'accord conclu à compter de la publication de la

présente loi, à un montant calculé, pour chaque catégorie de revenus prise en compte dans les conventions mentionnées au même article, sur la base du taux des cotisations applicables à cette catégorie de revenus diminué de 0,1 point.

⑪ III. – Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016, y compris aux cotisations calculées à titre provisionnel pour l'exercice 2016.

⑫ Pour l'année 2016 et par dérogation au taux prévu à l'article L. 612-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, le taux de la contribution définie au même article est fixé à 1,65 %.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 189 rectifié *ter* est présenté par Mme Cayeux, MM. Mouiller, Chaize, Gilles, Laufoaulu et Mandelli, Mme Primas, MM. Houpert et D. Laurent, Mmes Deromedi et Hummel, MM. Husson et de Raincourt, Mme Lamure, M. Lefèvre et Mme Gruny.

L'amendement n° 250 rectifié *bis* est présenté par Mme Deroche, MM. Savary et D. Robert, Mmes Imbert et Morhet-Richaud et M. Morisset.

L'amendement n° 310 est présenté par M. Barbier.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Caroline Cayeux, pour présenter l'amendement n° 189 rectifié *ter*.

Mme Caroline Cayeux. Le Gouvernement envisage d'aligner le taux de cotisation du régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, ou PAMC, sur celui du régime social des indépendants, le RSI, afin de permettre à l'assurance maladie de diminuer le coût de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés.

Aux yeux des auteurs du présent amendement, un dispositif législatif n'est pas nécessaire pour cela, une simple modification réglementaire de l'article D. 722-3 suffit.

La mise en cohérence de ces taux est une revendication ancienne des professionnels de santé.

Cet anachronisme est à l'origine de la dualité du statut de certains professionnels de santé conventionnés relevant pour les uns du régime PAMC, pour les autres du régime RSI, selon leur situation conventionnelle. Un alignement des cotisations contribuerait à une véritable simplification administrative.

De plus, la contribution additionnelle instaurée pour les bénéficiaires du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés repose uniquement sur la notion de dépassement, qui n'a rien à voir avec la gestion du risque maladie. Or le dépassement résulte le plus souvent d'un désengagement de l'assurance maladie.

Pour la médecine bucco-dentaire, les bases de remboursement des prothèses et de l'orthodontie sont bloquées depuis plus de vingt-sept ans. Dans ces conditions, il ne s'agit plus de dépassements, mais bien de compléments d'honoraires.

Qui plus est, cette taxe s'appliquera sur les forfaits CMU-C, bloqués depuis 2006, pénalisant ainsi les praticiens situés dans les zones défavorisées, souvent très sous-dotées.

L'amendement proposé vise donc à supprimer cette nouvelle taxe, qui introduirait, si elle était adoptée, une rupture d'égalité entre les professionnels de santé affiliés au même régime d'assurance maladie. En outre, l'instauration de cette taxe est contraire à l'objectif d'accès aux soins clairement affiché par les corps constitués.

Mme la présidente. Les amendements n° 250 rectifié *bis* et 310 ne sont pas soutenus.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 189 rectifié *ter* ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à supprimer la modification du régime des cotisations des professionnels de santé conventionnés qui augmente la part prélevée sur les revenus tirés des dépassements d'honoraires afin de faire baisser le taux de cotisation pris en charge par l'assurance maladie sur les autres activités des professionnels.

Il convient de noter que la réforme n'augmente pas les sommes dues par les professionnels concernés. Au contraire, ces sommes baisseront légèrement puisque le taux passera de 9,4 % à 9,35 %. Cette réforme constituera une économie pour l'assurance maladie. Il y a par ailleurs un paradoxe à ce que la CNAM prenne en charge des cotisations assises sur les dépassements d'honoraires.

Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Madame Cayeux, l'amendement n° 189 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Caroline Cayeux. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 189 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 52.

(L'article 52 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 52

Mme la présidente. L'amendement n° 431, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-1-14-1, il est inséré un article L. 162-1-14-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-14-... – Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie les établissements de santé qui exposent les assurés sociaux au cours de l'exercice d'une mission de service public à des dépassements d'honoraires. » ;

2° À l'article L. 243-7-3, après le mot : « rencontre », sont insérés les mots : « ou en cas de fraude aux cotisations sociales ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Mes chers collègues, nous déposons cet amendement avec constance depuis plusieurs années ! Nos arguments n'ont pas changé, la situation non plus, d'ailleurs... Nous considérons que le PLFSS vaut un débat aussi long que nécessaire.

Le présent amendement vise à tirer toutes les conséquences de l'obligation de pratiquer les tarifs opposables dans l'exercice des missions de service public en précisant dans la loi que le non-respect de ceux-ci par les établissements de santé pourra être sanctionné par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Comme nous le répétons inlassablement, dès lors qu'une obligation est instaurée, il faut prévoir des sanctions en cas de non-respect de cette obligation. Je rappelle que les dépassements d'honoraires ont atteint 2,8 milliards d'euros en 2014, soit une hausse de 6,6 %, selon la deuxième étude de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, qui regroupe la société Santéclair, 60 Millions de consommateurs et le Collectif interassociatif sur la santé, le CIS.

De plus, en dépit de l'interdiction faite aux professionnels de facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CMU complémentaire, l'IGAS a observé une large méconnaissance de la loi au sein de certaines spécialités et dans certains secteurs géographiques. Elle constate, en outre, que les juridictions ordinaires sont rarement saisies et que la sévérité des sanctions est souvent atténuée par le Conseil national de l'ordre.

Les contrôles effectués par la Caisse nationale de l'assurance maladie demeurent également très limités. Quant aux sanctions, elles ne sont pas dissuasives.

Ce sont les dépassements d'honoraires appliqués aux tarifs de prestations pratiqués au titre d'une ou plusieurs missions de service public qui doivent impérativement être prohibés et, le cas échéant, sanctionnés.

Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise en fait deux objectifs.

Le premier est de sanctionner les établissements ne respectant pas les tarifs opposables dans le cadre des missions de service public. On relève au passage que le groupe CRC est favorable au maintien de ces tarifs.

Le second objectif est d'étendre les cas où la société mère ou *holding* est appelée au recouvrement des sommes dues par une filiale en incluant la fraude aux cotisations sociales.

Sur cet amendement, la commission s'en remet à l'avis du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement souhaite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Je comprends bien votre position, madame Cohen ; elle est cohérente avec les positions que vous défendez régulièrement.

Pour sa part, le Gouvernement a choisi, pour exercer une pression dans le sens d'une limitation des dépassements d'honoraires, de faire confiance à une logique contractuelle, qui a donné des résultats. Je veux rappeler, à cet égard, que les établissements assurant le service public ne peuvent pratiquer aucun dépassement d'honoraires. Telle est la règle fixée !

Vous soulignez que les professionnels ne font pas forcément preuve de rapidité ou de spontanéité – pour le dire ainsi – dès lors qu'il s'agit d'appliquer des sanctions pour non-respect des règles. Effectivement, dans un certain nombre de cas, les médecins eux-mêmes auraient intérêt à ce que des sanctions soient prononcées car, comme ils l'affirment, les dépassements anormaux sont de moins en moins fréquents.

En tout cas, le but que vous visez est atteint, grâce aux dispositions contenues dans le texte consacré aux questions de santé et grâce à l'engagement d'une politique contractuelle. C'est ce qui fonde cette demande de retrait.

Mme la présidente. Madame Cohen, l'amendement n° 431 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je note effectivement que des démarches ont été engagées au niveau du Gouvernement, notamment par Mme la ministre de la santé, pour combattre les dépassements d'honoraires.

Cela étant, comme les chiffres fournis par mes soins le montrent, il reste encore beaucoup à faire. Tel est du moins l'écho que nous renvoient les interlocuteurs que nous rencontrons, représentant tant la profession libérale que le secteur public.

C'est en quelque sorte un soutien, un encouragement à poursuivre dans cette voie. C'est dans cet esprit que nous proposons de nouveau cet amendement, et c'est donc dans cet esprit que nous le maintenons.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 431.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 150 rectifié *ter*, présenté par Mme Deromedi, MM. Frassa, Cantegrit, Bouchet et Cadic, Mme Cayeux, MM. Chaize, Commeinhes, Charon, Chasseing et Cornu, Mme Estrosi Sassone, MM. B. Fournier, Gilles et Gremillet, Mme Grunoy, M. Houpert, Mme Hummel, MM. Husson et Lenoir, Mme Lopez, MM. Mouiller et Saugey, Mme Troendlé et MM. Vaspart, Vasselle et Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 5125-23-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-... ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-... – La délivrance dans des officines de pharmacie des médicaments à usage humain appartenant à la classe des antibiotiques se fait à l'unité, lorsque leur forme pharmaceutique le permet.

« L'opération de division du conditionnement en vue de la délivrance au détail des médicaments par les pharmaciens d'officine ne constitue pas une opération de fabrication au sens du présent code. Elle est réalisée par le pharmacien ou, sous sa responsabilité, par le préparateur en pharmacie ou par un étudiant en pharmacie dans les conditions prévues à l'article L. 4241-10.

« Un décret définit, pour ces médicaments, les modalités de délivrance, d'engagement de la responsabilité des différents acteurs de la filière pharmaceutique, de conditionnement, d'étiquetage, d'information de l'assuré et de traçabilité, après la consultation des professionnels concernés. Il détermine, en fonction du prix de vente au

public mentionné à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les règles de fixation du prix à l'unité de vente au public, de prise en charge par l'assurance maladie et de facturation et prévoit les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre. »

II. – Le I entre en vigueur dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

III. – Le rapport de l'expérimentation prévue à l'article 46 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est publié avant le 1^{er} février 2017. Il porte sur la période écoulée entre la publication du décret d'application dudit article et le 31 décembre 2016.

La parole est à Mme Caroline Cayeux.

Mme Caroline Cayeux. Cet amendement vise à lutter contre le gaspillage des médicaments.

Déjà en place en Grande-Bretagne ou en Allemagne, la délivrance de médicaments à l'unité peine à se développer en France.

« Un médicament sur deux n'est pas consommé », aviez-vous déclaré en octobre, madame la ministre. Vous entendiez ainsi appuyer un dispositif dont l'objectif est triple : lutter contre le gaspillage – au vu du nombre de médicaments non utilisés conservés dans les armoires à pharmacie de nos concitoyens –, limiter l'automédication et réduire le déficit de la sécurité sociale.

Ce dispositif a été mis en place dans quatre régions tests, où l'État a appelé des pharmacies à tenter l'expérience de la délivrance de médicaments à l'unité.

Dans le contexte actuel de crise économique, imposant, de toute urgence, de trouver de nouvelles ressources pour la sécurité sociale et de faire des économies durables, il nous a paru indispensable d'accélérer la mise en œuvre de cette démarche, engagée voilà un an, et de la généraliser.

Toutefois, dans le souci de préparer les officines à cette nouvelle mesure, une disposition transitoire est prévue : le nouveau dispositif n'entrerait en vigueur que dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

D'ici là, d'ailleurs, nous disposerons du rapport d'expérimentation de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'INSERM, qui permettra d'apporter les correctifs et améliorations nécessaires.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement – c'est dit très explicitement – vise à lutter contre le gaspillage des médicaments, en promouvant, plus particulièrement, la dispensation des antibiotiques à l'unité.

Je rappelle qu'en matière d'antibiotiques le problème est partiellement résolu puisque ces médicaments sont conditionnés suivant les protocoles médicaux. La véritable difficulté, comme cela nous a été signalé à plusieurs reprises, notamment par Mme Corinne Imbert, tient à la non-consommation et à la mauvaise utilisation de ces antibiotiques.

Cet amendement pose donc une vraie question. Mais une expérimentation est déjà en cours, et peut-être faut-il en attendre les résultats... D'ailleurs, Mme la ministre pourra sans doute nous apporter quelques précisions sur son déroulement et l'évaluation qui en est faite.

La commission, de ce fait, demande le retrait de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Mme la sénatrice Caroline Cayeux a rappelé qu'une expérimentation, mise en place à ma demande, voilà environ un an, était en cours. Elle doit aboutir à la remise, par l'INSERM, à la fin de l'année prochaine, d'un rapport d'évaluation. C'est sur le fondement de ce document que nous pourrions, je l'espère, généraliser l'expérimentation.

Les premiers résultats à notre disposition font apparaître un engagement tout à fait positif des différents acteurs.

Les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie se déclarent globalement très favorables à cette délivrance à l'unité des antibiotiques, les plus concernés étant, sans surprise, les plus vendus, à savoir l'Augmentin, l'Orelox et les médicaments génériques correspondants.

Par ailleurs, 20 % des patients interrogés à ce jour ont refusé la délivrance à l'unité. Cela signifie qu'un peu de travail est encore à faire en direction des patients. Toutefois, ce taux de refus est plutôt peu élevé pour une première mise en place ; le taux de refus était par exemple beaucoup plus important lorsque la démarche concernant les médicaments génériques a été engagée.

Dans la population témoin, des comprimés restent non utilisés dans plus de 50 % des cas – le phénomène a été évoqué par M. le rapporteur général. Ce taux diminue en cas de délivrance à l'unité, ce qui tend à montrer l'existence d'un accompagnement plus poussé du patient.

Par conséquent, l'expérimentation suit son cours et je vous demanderai, madame Cayeux, de bien vouloir retirer votre amendement, dans l'attente de son évaluation par l'institut de recherche qu'est l'INSERM.

J'ajouterai néanmoins une précision.

Vous expliquez que l'objectif est de lutter contre le gaspillage et, par là même, de faire des économies. C'est vrai. Mais l'objectif, avant tout, c'est de lutter contre l'antibiorésistance.

Parce que certains antibiotiques non consommés sont stockés dans les armoires à pharmacie, puis réutilisés par les patients de manière inappropriée, on voit se développer, de manière très préoccupante, dans notre pays et, plus généralement, dans tous les pays développés, des mécanismes de résistance aux antibiotiques. Très concrètement – nous disposons désormais d'une étude sur le sujet –, ces mécanismes engendrent chaque année 13 000 morts en France.

Oui, mesdames, messieurs les sénateurs, on dénombre des cas d'infections que les antibiotiques ne parviennent pas à juguler, du fait d'une résistance à ces médicaments, et 13 000 de ces cas, malheureusement, se concluent par un décès ! Il y a donc là un enjeu majeur de santé publique !

J'ai mis en place un groupe de travail, présidé par un médecin, le docteur Jean Carlet, qui a émis un certain nombre de recommandations. J'ai également eu l'occasion d'évoquer cette question avec mes homologues du G7, puisque nous sommes tous confrontés au même type de problèmes.

C'est un sujet, vous l'aurez compris, que je suis de très près. Je vous remercie de l'attention que vous y portez, madame Cayeux, et je tiens vraiment à souligner que le débat dépasse largement les seules questions des économies et de la lutte contre le gaspillage.

Mme la présidente. Madame Cayeux, l'amendement n° 150 rectifié *ter* est-il maintenu ?

Mme Caroline Cayeux. Je remercie Mme la ministre de ces compléments d'informations et, bien évidemment, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 150 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 169 rectifié, présenté par MM. Commeinhes, Calvet, Chatillon et de Raincourt, n'est pas soutenu.

Article 53

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 307 millions d'euros pour l'année 2016.
- ② II. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 87,5 millions d'euros pour l'année 2016.
- ③ III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires, mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, est fixé à 15,2 millions d'euros pour l'année 2016.
- ④ IV. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 117,17 millions d'euros pour l'année 2016. – (*Adopté.*)

Article 54

- ① Pour l'année 2016, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 201,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 177,9 milliards d'euros.

Mme la présidente. L'amendement n° 81, présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Francis Delattre, rapporteur pour avis. La commission des finances estime qu'une réduction du déficit du régime général de 1,3 milliard d'euros, même si on admet que tous les chiffres suivent une tendance favorable, est nettement insuffisante pour assurer un équilibre de la branche maladie en 2019.

Les prévisions tablent, me semble-t-il, sur un déficit de 6,3 milliards d'euros. Or, nous le savons tous, le solde de l'assurance maladie s'oriente actuellement vers un creusement de 1 milliard d'euros supplémentaire par rapport aux prévisions qui avaient été établies pour le budget de l'année en cours.

S'agissant des propositions d'économies, nous avons indiqué ne pas croire aux économies annoncées. Ainsi, nous ne croyons pas que le problème de l'AGIRC et de l'ARRCO est résolu : 1,8 milliard d'euros d'économie, cela nous paraît difficile, et même invraisemblable, puisque le Gouvernement n'a pas vraiment la main sur ce dispositif.

Les économies, telles qu'elles sont planifiées, nous semblent donc très surévaluées et la courbe tendancielle fait même apparaître un effort, sur le projet de budget pour 2016, nettement en deçà de celui qui avait été réalisé dans le cadre du précédent budget. De manière schématique, l'effort sur les dépenses atteindrait 4,5 milliards d'euros, contre 5,6 milliards d'euros dans le budget précédent.

Nous ne l'ignorons pas, madame la ministre, c'est une gageure de maintenir un niveau de soins convenable pour l'ensemble des habitants de notre pays dans le cadre d'une démarche soutenable sur le plan financier.

J'attire cependant l'attention sur le fait que, additionnés, les budgets des administrations sociales représentent 42 % de la dépense publique, et - autre objectif qui sera difficile à atteindre - il ne sera pas évident, avec un tel poids, de repasser sous la barre des 3 % du produit intérieur brut.

À travers ces montants, ce sont donc aussi nos engagements européens qui sont en cause ! Compte tenu de l'ensemble des déficits des administrations sociales, le Gouvernement aura effectivement beaucoup de difficulté à atteindre les objectifs sur lesquels il s'est engagé vis-à-vis de ses partenaires européens.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission est également en désaccord avec l'équilibre financier proposé à l'article 54 du PLFSS. À nos yeux, cet équilibre est trop peu ambitieux par rapport à l'effort qui serait nécessaire pour réduire le déficit de la branche.

La commission considère que cet effort, qui s'est longtemps traduit par le seul recours à l'impôt et aux prélèvements sociaux, doit maintenant passer par une baisse bien plus résolue des dépenses. Nous aurons l'occasion d'en débattre de manière plus approfondie dans quelques instants, mes chers collègues, lorsque nous examinerons l'article 55, qui concerne l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement n° 81.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il n'est pas nécessaire que je l'explique longuement. Je ferai simplement remarquer à MM. les rapporteurs, tout en saluant la maîtrise par rapport à l'année dernière, que dans le cours du débat les recettes ont été réduites de 600 millions d'euros.

Je veux bien que l'effort du Gouvernement soit insuffisant ; je veux bien que nous ne soyons pas assez ambitieux ; je veux bien que nous ne nous engagions pas d'un pas suffisamment résolu sur la voie de la réduction du déficit et de la maîtrise des comptes... Mais, enfin, mieux vaut ne pas trop charger la barque lorsque l'on veut porter ce type de messages !

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 81.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 57 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	188
Contre	155

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 54 est supprimé.

Article additionnel après l'article 54

Mme la présidente. L'amendement n° 261, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 1^{er} janvier 2017, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur le coût pour l'assurance maladie de la prise en charge des pathologies liées à la présence de sels d'aluminium dans les vaccins.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le présent amendement vise à mesurer les coûts induits par la prise en charge des personnes atteintes de myofasciite à macrophages, la MFM, et au-delà par toutes les pathologies suspectées d'avoir un lien avec l'administration de vaccins contenant des sels d'aluminium.

La myofasciite à macrophages est un syndrome spécifique dont l'origine est imputée à l'hydroxyde d'aluminium, adjuvant de nombreux vaccins injectables par voie intramusculaire.

C'est une maladie complexe dominée par un épuisement chronique, des myalgies chroniques d'une durée supérieure à six mois et souvent aggravées par l'effort, avec une fatigabilité musculaire invalidante, des douleurs articulaires d'une durée supérieure à six mois touchant principalement les grosses articulations périphériques, des difficultés neurocognitives – atteinte de la mémoire visuelle, de la mémoire de travail et de l'écoute dichotique –, avec très certainement une prédisposition génétique en cours d'identification.

Environ mille cas de MFM ont été identifiés par biopsie musculaire en France, mais cette pathologie de description récente semble très sous-diagnostiquée.

Les conséquences de la MFM sur le plan social sont fortes. Les douleurs et l'épuisement chronique font qu'il est très difficile d'avoir une activité sociale. À titre d'exemple, 78 % des personnes qui travaillaient ont dû cesser toute activité professionnelle et 18 % ont une activité professionnelle réduite.

La myofasciite à macrophages ne serait pas la seule pathologie induite par les sels d'aluminium. De nombreux cas d'autisme, de sclérose en plaques post-vaccinales seraient provoqués par cet adjuvant.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Des études sur le lien entre la myofasciite à macrophages et les symptômes dont souffrent plusieurs personnes sont en cours. Monsieur Desessard, il ne me paraît pas possible de publier un rapport sur la prise en charge des maladies liées aux sels d'aluminium dans les vaccins avant que nous disposions des résultats de ce rapport. Par conséquent, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Même si je m'étais préparé à cet avis défavorable, il n'en demeure pas moins que, d'habitude, Mme la ministre me répond, comment dire, autrement...

Je profite de cette occasion pour expliciter le sens que je donne au mot « charme » : pour moi, ce mot est synonyme de « pédagogie », « technicité », « belle expression ». Dans la suite de ce que nous avons vécu cet après-midi, je m'apprêtais à vous dire : « Madame la ministre, je retire mon amendement tellement vous m'avez parlé avec pédagogie, technicité, tellement vous m'avez fait entendre une agréable musique. » *(Exclamations amusées.)*

Aussi, la brièveté de votre réponse – simplement « avis défavorable » –, à l'instant, m'a causé une grande frustration.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je vais développer !

M. Jean Desessard. Néanmoins, je retire mon amendement *(Rires. – Mme Claire-Lise Champion applaudit.)*, pour une autre raison : je suis très content que nous finissions à dix-huit heures, comme je l'espérais. *(Nouveaux rires.)*

Ma foi, ce débat s'est déroulé dans une ambiance agréable, nous avons entendu une douce musique, des avis contradictoires se comprendre et se compléter. Par conséquent, je ne pouvais pas faire autrement que de retirer mon amendement, malgré cet avis défavorable. Mais je ne veux pas rester sur une note négative.

Je vous remercie, madame la ministre, d'avoir animé comme vous l'avez fait ce débat, qui a été cette année très intéressant. Je vous remercie également, monsieur le président la commission, monsieur le rapporteur général.

Mme la présidente. L'amendement n° 261 est retiré.

Article 55

Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)	
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je voudrais tout d'abord souligner que l'ONDAM qui nous est proposé par cet article 55 nous semble aller dans le bon sens. L'objectif de 1,75 % correspond en effet à celui qu'avait retenu l'an dernier le Sénat.

Pour autant, force est également de reconnaître que cet objectif de progression, quoique limité, n'est pas suffisamment ambitieux, puisque le déficit perdure.

Face à cette situation, il me semble que nous devons développer une approche pluriannuelle dans la maîtrise des dépenses et nous questionner sur la manière dont nous souhaitons organiser l'effort au cours des prochaines années.

Vous faites de la question des déremboursements un principe. Je peux en convenir, mais nous devons aussi avoir une vision d'ensemble et nous poser la question, plus large, du remboursement. Quel panier de soins les régimes de base et les organismes complémentaires doivent-ils respectivement prendre en charge? Les complémentaires doivent-elles se limiter à couvrir le ticket modérateur ou doivent-elles se spécialiser sur le remboursement de certaines prestations, comme c'est déjà le cas, par exemple, avec l'optique et le dentaire? D'un point de vue plus gestionnaire, faut-il maintenir autant de régimes de base et d'opérateurs?

De telles réformes ne se feront pas en un jour, nous en sommes conscients, c'est pourquoi il est d'autant plus urgent d'engager ce chantier de clarification, car seules ces évolutions permettront de dégager des économies substantielles.

La question du reste à charge, que vous avez souvent évoquée, madame la ministre, est évidemment très liée à celle du remboursement.

Sur ce point très sensible, nous devons savoir de quoi nous parlons.

Je vous rappelle les chiffres que nous connaissons tous ici : 61 % des dépenses de l'assurance maladie sont le fait de 16 % des assurés, qui, dans le cadre d'une affection de longue durée, bénéficient d'une prise en charge à 100 %.

Pour les autres bénéficiaires, nous devons examiner la répartition des restes à charge. Quels sont les soins et les pathologies concernés? C'est certes une question financière, mais également une question de santé publique : nous devons allouer les ressources limitées de l'assurance maladie là où elles seront le plus utiles. La question qui doit ici guider toute notre démarche doit être la suivante : pour chaque pathologie, selon notamment son niveau de gravité, quel peut être le niveau acceptable de reste à charge qui n'entraîne pas un renoncement aux soins?

Il ne s'agit cependant pas d'engager ces chantiers dans le cadre nécessairement limité de cette discussion. C'est pourquoi nous devons nous demander dans quelle mesure notre système actuel est réformable, et comment il peut revenir à l'équilibre au cours des prochaines années.

Je le souligne à nouveau : les mesures qui nous sont proposées dans le cadre de cet article 55 nous apparaissent insuffisantes face à l'enjeu de plus en plus urgent de la réduction des déficits. Certes, un effort d'économies de 3,4 milliards d'euros par rapport à la progression spontanée des dépenses est prévu. Mais les mesures qui nous sont proposées auraient déjà pu être prises l'an passé! À ce rythme, les comptes de la

branche maladie ne reviendront pas à l'équilibre avant vingt ans, alors que c'est dans les deux ou trois prochaines années qu'il faudrait y parvenir.

Examinons tout d'abord la question des actes inutiles ou redondants. Je note avec satisfaction, madame la ministre, que le Gouvernement a repris une mesure proposée l'an passé par le Sénat. Vous avez même été plus ambitieuse que nous en proposant une mesure chiffrée à hauteur de 1,2 milliard d'euros.

Il me semble cependant que les économies pourraient être plus importantes encore si certaines mesures devenaient effectives : je pense à la lettre de sortie, qui permettra de faire de façon plus effective la liaison entre la ville et l'hôpital, et, pour un terme plus éloigné, au dossier médical partagé.

Si, grâce à ces outils nouveaux qui nous permettront de gagner en efficacité, nous nous fixons pour objectif de supprimer entre 2 % et 3 % des actes effectués chaque année – ce qui ne paraît pas irréaliste, dans la mesure où les actes inutiles sont estimés à 28 %, chiffre que ne conteste pas la communauté médicale –, nous pourrions économiser annuellement de 4 à 5 milliards d'euros. (*M. Serge Larcher marque son impatience.*)

Des économies substantielles sont également envisageables grâce au développement de la permanence des soins, dont vous avez fait un axe de votre politique. Je vous rappelle qu'une visite de consultation en ville est facturée entre 60 euros et 70 euros, alors qu'un passage par les urgences hospitalières coûte 240 euros à l'assurance maladie.

Si nous faisons en sorte de diffuser le dispositif prévu à l'article 44 *bis*, si les médecins sont davantage engagés et responsabilisés et si une campagne de communication est lancée autour d'un nouveau numéro d'appel national, il me paraît possible de viser 500 millions d'euros d'économies par an, voire davantage, sur ce poste.

S'agissant des dépenses hospitalières, il me paraît urgent de mettre en place une meilleure organisation. Les questions qui se posent ici sont multiples et vont de la réduction de l'absentéisme à la révision de l'organisation des RTT et, surtout, de l'hôpital, en passant par une meilleure gestion de la hiérarchie des hôpitaux. (*M. Serge Larcher marque de nouveau son impatience.*)

Celle-ci doit en effet être rationalisée, ce à quoi s'emploie d'ailleurs le projet de loi relatif à la santé, avec en particulier le groupement hospitalier de territoire, le GHT. Il faut définir clairement la place de chaque maillon entre les soins d'excellence et de pointe dispensés par les CHU, et les soins de proximité assurés par les autres hôpitaux.

Mme Laurence Cohen. Et le règlement ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* J'en termine, madame Cohen !

Nous avons également devant nous la poursuite des chantiers du virage ambulatoire et du développement de l'hospitalisation à domicile.

M. Jean-Jacques Filleul. Il s'exprime depuis plus de cinq minutes !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Ici encore, les gisements d'économies pourraient être importants, de l'ordre de 300 millions d'euros par an.

Comme vous le voyez, nous ne sommes donc ni sans idées ni sans projet. À supposer que l'on agisse avec résolution, l'ensemble de ces mesures permettrait d'envisager un retour à l'équilibre dans les deux ou trois prochaines années. Il me semble d'ailleurs que nous aurions pu aller plus loin dès cette année si le débat ne s'était pas polarisé sur la question du tiers payant, qui a divisé les acteurs quand il aurait fallu au contraire les rassembler.

Telles sont les observations préliminaires que je souhaitais formuler sur l'article 55.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur général, autant nous nous étions mis d'accord pour que vous bénéficiiez d'une légère souplesse, autant là, vous avez très largement débordé votre temps de parole. À l'avenir, nous devons nous entendre très clairement sur le débordement envisagé.

L'amendement n° 82, présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Francis Delattre, *rapporteur pour avis.* Le taux d'évolution de l'ONDAM pour 2016 semble particulièrement bas. Nous aurions préféré connaître les vraies tendances de la réalisation de l'objectif 2015, et les informations dont nous disposons ne sont pas forcément très positives. Cela étant, ce taux mérite tout de même nos encouragements.

Le quantum théorique de 3,4 milliards d'euros, c'est en réalité 3,1 milliards si l'on écarte l'effet de la baisse du taux de cotisation d'assurance maladie des professionnels de santé.

L'ONDAM est néanmoins un bel outil, qui s'intègre dans la technique financière. Aussi, dans l'ensemble des travaux et par cohérence, nous demandons la suppression de l'article 55.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Evelynne Yonnet. Le rapporteur général va encore s'exprimer !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Avis de sagesse. Vous le voyez, madame, je ne m'exprime pas davantage sur cet amendement : nous récupérons ainsi les deux minutes de trop pendant lesquelles je me suis exprimé voilà quelques instants.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Le Gouvernement est défavorable à cet amendement de suppression.

Je ne reprendrai pas le débat, pas plus que je ne répondrai à l'intervention de M. le rapporteur général, qui a marqué les orientations. Je formulerai simplement deux observations.

En premier lieu, vous avez dit, monsieur le rapporteur général, que vous aviez proposé l'année dernière un ONDAM de 1,75 %, mais il s'élevait à 2,4 % auparavant. En réalité, il est des stratégies qui consistent à ne pas introduire de rupture. Nous proposons 1,75 % pour 2016, mais cela s'inscrit dans un parcours progressif qui nous permet de mieux gérer les évolutions nécessaires.

En second lieu, nous respectons complètement les objectifs de dépenses. Donc, si le déficit ne se réduit pas aussi vite que nous le souhaiterions, ce n'est pas que nous ne respecterions pas l'objectif de dépenses, c'est parce que les recettes sont insuffisantes. Vous nous dites que nous devrions être plus

exigeants dans les efforts accomplis sur la maîtrise des dépenses. Ce n'est pas là que se trouve la solution. Celle-ci réside dans une cohérence d'ensemble.

Encore une fois, nous sommes à un niveau historiquement bas de l'ONDAM, et à un niveau historiquement haut de maîtrise des dépenses. Nous devons, si nous voulons garantir la qualité de notre système de soins, tant en ville qu'à l'hôpital, avancer de façon maîtrisée. Honnêtement, l'objectif qui est fixé est extraordinairement ambitieux.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je salue la pertinence de l'intervention de Mme la ministre.

M. le rapporteur général vient de suggérer quelques pistes de réflexion.

Il me semble fort injuste de porter un jugement négatif sur le Gouvernement pour un effort prétendument insuffisant dans la réduction du déficit de la branche maladie, et ce pour plusieurs raisons.

La première est qu'il s'agit d'un fait historique. Examinons le déficit de la branche maladie : en 2000, il s'élevait à 1,6 milliard d'euros ; le déficit le plus important a atteint 11,6 milliards d'euros, en 2004 et en 2010, donc pas uniquement par l'effet de la crise de 2008.

On établit souvent une comparaison avec des pays étrangers, mais des pays où l'approche philosophique de la vie n'est pas la même que chez nous et où, à un certain âge, on n'utilise plus certains médicaments coûteux lorsque le gain de vie n'est plus jugé suffisant, ce qui n'est pas le cas de la France ; des pays où l'accès aux produits innovants est moins large qu'il ne l'est en France, et nous savons les progrès considérables réalisés pour mettre au point des médicaments permettant de soigner le cancer ; des pays où l'assurance maladie donne une enveloppe fermée aux médecins pour l'ensemble des dépenses médicales et leurs prescriptions. (*Mme Evelyne Yonnet opine.*) La France est le pays des médecines libérales, cela a été rappelé plusieurs fois depuis ce matin, c'est le pays où l'accès est le plus large aux produits innovants, aux techniques modernes, aux produits de santé, c'est un pays où, contrairement à d'autres, les élus défendent, comme activité économique, les hôpitaux, les établissements qui sont implantés sur le territoire. Notre pays en compte beaucoup plus que d'autres pays.

Il faut prendre ces éléments en considération lorsque l'on juge ces 6 milliards d'euros de déficit qui pèsent encore sur la branche maladie, qui nous intriguent tous et pour lesquels nous voudrions bien trouver une solution. (*Mmes Stéphanie Riocreux, Claire-Lise Champion et Nicole Bricq applaudissent.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Evelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Evelyne Yonnet. M. Delattre présente systématiquement des amendements de suppression de l'article chaque fois qu'un tableau et des comptes y figurent, en formulant une proposition alternative qui n'est pas très concrète. Ensuite, on assiste, de la part de M. le rapporteur général, à la présentation d'un programme à améliorer sur la branche maladie. Tout cela est quand même un peu déconcertant. M. Yves Daudigny vient de le dire, la branche maladie est la plus difficile. En France, nous avons d'autres méthodes qu'en Allemagne avec cette fameuse enveloppe, le médecin devant la gérer du début à la fin.

Nous voterons bien sûr contre cet amendement et nous soutenons l'article 55.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Depuis le début de la discussion, tout le monde le sait, le groupe CRC est en désaccord avec ce PLFSS ; nous l'avons dit lors de la discussion générale. Contrairement à tout ce qui a été dit au sein de notre assemblée, nous, nous sommes contre parce que nous estimons que l'optique prise pour analyser ce texte est une optique comptable. D'ailleurs, Yves Daudigny vient de faire une très brillante démonstration en montrant la rigueur de la comptabilité. Évidemment, on reste dans des enveloppes contraintes, on ne veut pas prévoir d'autres recettes. Donc, en bons gestionnaires, on aligne des plus et des moins dans des colonnes, et on se satisfait de la réduction des déficits, tout en refusant de voir les désagréments et les sacrifices que cela entraîne pour les patients ou pour les personnels.

En résumé, depuis le début de cette discussion, je l'ai rappelé lors de mon intervention sur l'article 49, nous sommes contre l'ONDAM tel qu'il a été fixé par le Gouvernement, mais parce que nous le trouvons atrocement bas, à l'inverse de ce qui a été dit. Nous avons proposé des recettes importantes, mais elles n'ont pas été acceptées.

Par conséquent, compte tenu des arguments développés par M. Delattre, nous voterons contre l'amendement de suppression, parce que nous sommes diamétralement opposés au fait de continuer à faire supporter des économies supplémentaires par les patients et les personnels. Nous sommes également contre cet article, car nous sommes opposés à l'objectif qui a été fixé.

Mme la présidente. La parole est à M. Marc Laménie, pour explication de vote.

M. Marc Laménie. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, je soutiendrai cet amendement, qui nous a été présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances. J'émettrai néanmoins un petit bémol.

Je partage les préoccupations des intervenants précédents. À côté de la maîtrise des dépenses dans le cadre de l'ONDAM – mais cela vaut dans beaucoup d'autres domaines, car il faut maîtriser les dépenses –, nous défendons toutes et tous, sur quelques travées que nous siégeons, l'aspect humain de cette question, c'est-à-dire les personnels qui travaillent dans le domaine de la santé, y compris au sein des établissements hospitaliers, avec beaucoup de cœur et de dévouement – il convient de le souligner.

Malheureusement, les finances publiques sont ce qu'elles sont, vous l'avez rappelé, madame la ministre, comme l'ont souligné Francis Delattre et M. le rapporteur général avec passion. À un moment donné, il faut voir la réalité des choses. Il m'arrive parfois de soutenir des amendements du groupe CRC, dans d'autres domaines, et je comprends l'importance des moyens humains, car j'ai beaucoup de respect pour l'ensemble des personnels. Il y a la réalité comptable, mais ce n'est pas le seul élément à prendre en considération. En l'occurrence, nous parlons des finances publiques. Je voterai donc en faveur de cet amendement de suppression de l'article 55, mais il faut envisager les choses avec la plus grande objectivité possible.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Nous sommes confrontés à un vrai problème.

Selon nos collègues du groupe CRC, on ne doit pas considérer la question du seul point de vue économique, qui se traduirait par une diminution des prestations de service ou par des soins de moindre qualité, sauf à expliquer que la diminution des crédits consacrés à certaines prestations améliore le service. Si tel était le cas, il faudrait diminuer encore les crédits visés, sans aucune limitation.

Les prestations sociales seront de plus en plus importantes. Cependant, la santé ne peut être envisagée seulement au niveau social, car elle représente un secteur économique d'avenir, créateur d'emplois, qui seront utiles.

Aujourd'hui, il faut développer l'ensemble des prestations de santé. Toutefois, lorsqu'on a dit cela et que tout le monde l'admet en raison de l'utilité sociale et économique de ces besoins, on n'a pas trouvé la solution, faute d'avoir assez réfléchi à d'autres modalités de financement, aussi bien sur les travées de la majorité sénatoriale que du côté de l'opposition.

La gauche affirme avoir réalisé des économies, la droite avance qu'elle irait encore plus loin. Deux groupes, dont celui auquel j'appartiens, considèrent que ce n'est pas des économies qu'il faut faire, puisque ces dépenses sont utiles socialement et sur le plan de l'emploi. Il faut donc réfléchir à des modalités de financement différentes pour augmenter l'activité du secteur de la santé. Nos collègues du groupe CRC proposent des taxations provenant d'actionnaires ou d'un certain nombre de personnes qui ne sont pas assez taxées. Si cette formule peut bien sûr être envisagée, sans doute faut-il envisager d'autres formules pour trouver des recettes supplémentaires.

Vous allez me dire que je rêve et qu'il faut continuer à faire des économies. Or c'est un secteur d'avenir. Je pourrais développer mon argumentation,...

Mme Nicole Bricq. Non !

M. Jean Desessard. ... mais je ne dispose pas du temps nécessaire pour le faire. M. le rapporteur général ayant été un peu long (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et républicain.*), j'en viens à ma question : que se passe-t-il quand on supprime un article qui fixe des objectifs, à savoir quelque 185 milliards d'euros de dépenses ? Que reste-t-il des dépenses du projet de loi de financement de la sécurité sociale ?

Mme Annie David. Cela ne veut plus rien dire !

M. Roger Karoutchi. Monsieur Desessard, ne soyez pas inquiet, *a priori* l'article sera rétabli à l'Assemblée nationale !

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Cayeux, pour explication de vote.

Mme Caroline Cayeux. Mes chers collègues, permettez-moi de dire un mot du budget de la branche famille.

M. Jean-Claude Carle. Bonne idée !

Mme Caroline Cayeux. Je voudrais revenir sur les économies faites sur cette branche. Depuis 2012, la famille a subi une pression fiscale absolument sans précédent : abaissement du quotient familial, modulation des allocations familiales et imposition insupportable.

À mon sens, il est très dangereux de faire peser une fiscalité aussi lourde sur les familles. Ces dernières sont tout de même le gage du dynamisme de notre société, qu'il s'agisse de la natalité ou de la consommation.

Mme Nicole Bricq. Ce n'est pas le sujet du débat !

Mme Caroline Cayeux. À ce titre, je m'étonne que ce gouvernement, tout en affirmant son attachement à la justice sociale, ait exigé tant d'efforts des familles, exercé tant de pression sur elles. C'est bien entendu la raison pour laquelle nous avons rejeté les dépenses de la branche famille. (*M. Robert del Picchia applaudit.*)

M. Jean-Claude Carle. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Tourenne, pour explication de vote.

M. Jean-Louis Tourenne. Pour ma part, je suis rempli d'admiration,...

M. Robert del Picchia. Ah ! bravo !

M. Jean-Louis Tourenne. ... envers ceux qui, de manière parfois laborieuse, face à un tableau aussi satisfaisant, s'efforcent de démontrer que ce qui est n'existe pas. (*Mme Evelyne Yonnet acquiesce.*)

Des économies ? Jamais il n'en a été réalisé autant, et ce sans porter atteinte à la qualité des soins. Au contraire, nous avons assisté à la modernisation de notre système de santé.

Mme Laurence Cohen. Ah !

M. Jean-Louis Tourenne. Un certain nombre de malades ont bénéficié de nouveaux médicaments, notamment des personnes atteintes de l'hépatite C. En outre, l'accès aux soins s'est amélioré. Bref, nous sommes face à un tableau qui devrait satisfaire les uns et les autres.

Dès lors, ceux qui tentent de critiquer cette politique ont dû avoir bien du mal à trouver des arguments. De quoi fallait-il accuser son chien pour le noyer ? Quels motifs pouvait-on bien invoquer ?

Au reste, à vouloir trop en faire, on aboutit à des contradictions ou à des affirmations si péremptoires qu'elles ne démontrent rien.

On laisse entendre, par exemple, que l'on serait sur la mauvaise voie pour atteindre le niveau de 3 % de déficit de la nation. Dans le même temps, on assure que le déficit cumulé de la branche maladie et du Fonds de solidarité vieillesse s'établit à environ 10 milliards d'euros. Mais, dans le budget total de l'assurance maladie, qui s'élève à 500 milliards d'euros, cette somme représente 2 %. Eh bien, si l'on atteint ce seuil dans tous les autres domaines, le pari sera largement gagné !

Aussi, madame la ministre, je tiens à vous féliciter. (*Exclamations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Robert del Picchia. Ah oui, le résultat est excellent ! (*Sourires sur les mêmes travées.*)

M. Jean-Louis Tourenne. Je vous remercie du travail que vous avez effectué (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain. – MM. Guillaume Arnell et Pierre Médevielle applaudissent également. – Marques d'ironies et applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*) et du courage qu'il exige,...

Mme Caroline Cayeux. Je n'ai jamais dit le contraire !

M. Jean-Louis Tourenne. ... notamment pour affronter, le cas échéant, telle ou telle contre-vérité. Merci de votre action ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Jean Desessard. Bonne conclusion !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 82.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

Mme la présidente. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 58 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	188
Contre	155

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 55 est supprimé.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

① Pour l'année 2016, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :

②

<i>(En milliards d'euros)</i>	
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	20,1

Mme la présidente. L'amendement n° 83, présenté par M. Delattre, au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Roger Karoutchi.

M. Jean Desessard. Ah ! le tueur d'articles ! *(Sourires sur les travées du groupe socialiste et républicain.)*

M. Roger Karoutchi. À travers le présent amendement, nous proposons également la suppression de cet article. En effet, la commission des finances a exprimé son désaccord quant aux objectifs fixés au titre du Fonds de solidarité vieillesse, le FVS.

Certains, je l'entends bien, dénoncent ceux qui voudraient la guerre, la mort de la sécurité sociale,...

Mme Nicole Bricq. Nous n'avons jamais parlé ainsi !

M. Roger Karoutchi. ... ou je ne sais quelle transformation du système existant. Or tel n'est pas le sujet !

Madame la ministre, vous avez nécessairement eu connaissance de ce sondage fait auprès des 18-25 ans et qui aboutit au constat suivant : 72 % d'entre eux sont persuadés qu'ils ne percevront pas de retraite. Le régime est si déséquilibré qu'à leurs yeux il n'a plus de sens, il est révolu. Aussi, ces jeunes estiment qu'ils ont plutôt intérêt à se constituer eux-mêmes un patrimoine. *(M. Jean-Claude Carle opine.)*

J'abonde dans le sens de M. Tourenne pour reconnaître que vous avez bel et bien la volonté de rééquilibrer les comptes sociaux. Mais, dans le même temps, nous disons que, par rapport aux charges considérées, il faut clairement dégager davantage d'économies.

Il ne s'agit pas de défendre des mesures vexatoires, pour que nos concitoyens ne puissent plus se soigner, bénéficier de telle ou telle prestation ou percevoir une pension de retraite.

Mme Nicole Bricq. N'alimentez pas les peurs !

M. Roger Karoutchi. Cela étant, si l'on veut sauver notre sécurité sociale, laquelle a été créée après la Seconde Guerre mondiale, il faut trouver des chemins d'équilibre. Nous vous proposons de telles voies en affirmant qu'il faut davantage d'économies. Voilà pourquoi nous ne pouvons souscrire à l'objectif fixé au titre du FSV. *(MM. Jean-Claude Carle et Robert del Picchia applaudissent.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Roche, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse. Bien entendu, la commission émet un avis favorable sur cet amendement. Néanmoins, face à la vigueur des mots, un commentaire un peu moins abrupt semble nécessaire. *(Mme Evelyne Yonnet opine.)*

Madame la ministre, le FSV s'est invité tout au long de nos débats de cette semaine, avec ses 3,7 milliards de déficit. Cette somme est certes amortie par les 900 millions d'excédent dégagés au titre du régime général. Vous vous en félicitez, et vous soulignez avec raison que ces crédits représentent un très bon résultat. Il n'en restera pas moins 2,8 milliards d'euros à solder, et ce dans le meilleur des cas : à compter de 2019, on risque d'entrer de nouveau dans la spirale des déficits.

Dès que vous avez ouvert la discussion générale du présent projet de loi, on a bien compris que, pour effacer ce déficit, vous misiez sur une amélioration de la conjoncture, avec un taux de chômage reculant de 4,5 % et deux points de gains de productivité supplémentaires.

Je ne sais si, au fil des jours, nous sommes parvenus à vous convaincre que cette amélioration de la conjoncture était quelque peu aléatoire, et qu'elle ne suffirait pas quoi qu'il en soit.

M. Roger Karoutchi. Ça, c'est sûr !

M. Gérard Roche, rapporteur. Pendant les longs mois que nous avons consacrés à l'examen des diverses lois sociales que vous nous avez soumises, nous avons formulé nombre de propositions. Compte tenu de ce foisonnement, nous sommes certains que vous ne manquerez pas d'idées pour opérer des modifications paramétriques, afin de réduire encore davantage ce déficit.

Parmi toutes ces idées, je ne mentionnerai que cette mesure adoptée la nuit dernière par le Sénat, par voie d'amendement : repousser l'âge légal de la retraite à soixante-trois ans.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Karoutchi, que vous dire ? Je ne puis qu'émettre un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Evelyne Yonnet. Bien sûr !

M. Robert del Picchia. C'est dommage !

Mme Marisol Touraine, ministre. M. Desessard a posé, à cet égard, une question à laquelle les auteurs du précédent amendement n'ont pas répondu. Je me permets donc d'y répondre moi-même : le présent article, comme celui qui vient d'être supprimé, compte au nombre des articles obligatoires des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean Desessard. Eh oui !

Mme Evelyne Yonnet. Exact !

Mme Marisol Touraine, ministre. Le PLFSS est un texte financier. Les décisions que l'on prend, les actions que l'on vote doivent tôt ou tard aboutir à des dépenses et à des recettes. Il est tout de même assez amusant de vous voir supprimer des tableaux d'équilibre...

J'ai bien compris que la majorité sénatoriale comptait sur la sagesse de l'Assemblée nationale,...

M. Roger Karoutchi. Au contraire, sur son aveuglement ! *(Sourires sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Stéphanie Riocreux hausse les épaules.)*

Mme Marisol Touraine, ministre. ... pour insérer de nouveau ces dispositions dans le présent texte. Pour ma part, je compte sur la suite du parcours parlementaire, pour remettre les choses à l'endroit.

Aussi, j'émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Monsieur Karoutchi, je me dois de relever un point de désaccord entre nous.

M. Roger Karoutchi. Ah !

M. Jean Desessard. Vous partez du constat que les jeunes ne croient plus en la retraite. Mais, quand on va à leur rencontre sur le terrain, on voit bien ce qui les inquiète : c'est qu'ils sont déjà au chômage et qu'ils n'auront jamais le nombre d'années de cotisations nécessaires.

M. Roger Karoutchi. Non ! Ce n'est pas cela !

M. Jean Desessard. Voilà pourquoi ils partent du principe qu'ils n'auront pas droit à une retraite.

Je ne parle pas de ceux qui peuvent aspirer à une retraite dorée et qui se constituent un petit capital, simplement au cas où.

M. Roger Karoutchi. Vous rêvez ! Ce n'est plus un problème de durée de cotisation ! Les gens sont persuadés que le système ne durera pas !

Mme Annie David. Si vous continuez ainsi, monsieur Karoutchi, c'est sûr qu'il ne durera pas...

M. Jean Desessard. Certes, cher collègue, mais plus l'âge légal de départ à la retraite recule, plus nos concitoyens se demandent : « Quand vais-je toucher ma retraite ? » On assiste à un effet d'accélération.

M. Roger Karoutchi. Absolument pas !

M. Jean Desessard. Plus on attaque la dynamique collective, moins elle inspire confiance et plus l'individualisme est conforté. S'ensuit un effet boule de neige qui casse l'esprit collectif. Le mouvement, devenant sans fin, s'impose à l'ensemble de nos concitoyens.

Cela étant, je constate que vous ne croyez pas en une victoire de la droite dans les années à venir...

M. Roger Karoutchi. Oh si !

M. Jean Desessard. Si tel était le cas, la majorité sénatoriale s'attellerait, à tout le moins, à un projet alternatif.

Mme Annie David. Elle le fait ! C'est un projet de destruction !

M. Jean Desessard. Vous déclarez que vous souhaitez réduire les dépenses, mais vous ne formulez aucune proposition concrète à ce titre !

M. Roger Karoutchi. Si ! Par exemple la retraite à soixante-trois ans !

M. Jean Desessard. J'en déduis que vous n'êtes pas prêts à gouverner.

Compte tenu des difficultés auxquelles le Gouvernement peut être confronté, je conçois que vous déclariez : « Si nous étions aux affaires, telles sont les solutions que nous mettrions en œuvre. » Vous vous contentez de dire : « Ce n'est pas bien ! », un point c'est tout. Je le répète, vous auriez pu énoncer des propositions un peu plus concrètes. *(M. Roger Karoutchi proteste.)*

Vous disposez d'une importante force politique au sein de cette assemblée. Vous aviez les outils nécessaires pour travailler. Je déplore que vous n'ayez pas formulé un projet alternatif. *(M. Robert del Picchia s'exclame.)* Vous vous contentez de faire de la démagogie dans les recettes et de la démagogie dans les dépenses. Mais vous n'avez pas désigné clairement les secteurs auxquels vous souhaitiez toucher, qu'il s'agisse des recettes ou des dépenses.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 83.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 56 est supprimé.

TITRE VI

DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 57

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 161-23-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après les mots : « chaque année, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;
- ④ b) Le second alinéa est supprimé ;
- ⑤ 2° Après les mots : « chaque année », la fin de l'article L. 341-6 est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;
- ⑥ 3° À l'article L. 351-11, les mots : « chaque année par application du coefficient annuel de revalorisation mentionné » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues » ;

- 7° À la fin du troisième alinéa de l'article L. 353-5, les mots : « suivant les modalités prévues par l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;
- 8° Au premier alinéa de l'article L. 356-2, les mots : « révisé dans les mêmes conditions que les prestations servies en application des chapitres I^{er} à IV du titre V du présent livre » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;
- 9° 5° *bis* (nouveau) À l'article L. 413-7, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu » ;
- 10° 6° À la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1, les mots : « dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;
- 11° 7° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 est ainsi rédigée :
- 12° « Elle est revalorisée au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;
- 13° 7° *bis* (nouveau) À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 434-6, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;
- 14° 8° Au premier alinéa de l'article L. 434-16, les mots : « d'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année d'après le coefficient mentionné à l'article L. 161-25, » ;
- 15° 9° L'article L. 434-17 est ainsi rédigé :
- 16° « *Art. L. 434-17.* – Les rentes mentionnées à l'article L. 434-15 sont revalorisées au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;
- 17° 10° L'article L. 551-1 est ainsi modifié :
- 18° a) Après les mots : « chaque année », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. » ;
- 19° b) Le second alinéa est supprimé ;
- 20° 11° La sous-section 1 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-11-2 ainsi rédigé :
- 21° « *Art. L. 723-11-2.* – Le montant de la pension de retraite servie par le régime d'assurance vieillesse de base des avocats est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. » ;
- 22° 12° À l'article L. 816-2, les mots : « des allocations définies au présent titre et des plafonds de ressources prévus pour leur attribution » sont remplacés par les mots : « de l'allocation définie à l'article L. 815-1 et des plafonds de ressources prévus pour son attribution » et les mots : « aux mêmes dates et selon les mêmes conditions que celles applicables aux pensions d'invalidité prévues à l'article L. 341-6 » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;
- 23° 13° Le premier alinéa de l'article L. 861-1 est ainsi modifié :
- 24° a) À la première phrase, les mots : « , révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix » sont remplacés par les mots : « et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;
- 25° a *bis* (nouveau) Les deuxième et troisième phrases sont supprimées ;
- 26° b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- 27° « Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »
- 28° I *bis* (nouveau). – Au a du 1^o de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « à ».
- 29° II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- 30° 1^o Au 2^o des articles L. 732-24 et L. 762-29, les mots : « chaque année suivant les coefficients fixés en application de » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à » ;
- 31° 2^o (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 751-46, les mots : « des coefficients mentionnés » sont remplacés par les mots : « du coefficient mentionné » ;
- 32° 3^o (nouveau) À la seconde phrase du sixième alinéa de l'article L. 752-6, les mots : « les coefficients prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient prévu » ;
- 33° 4^o (nouveau) Au 5^o de l'article L. 753-8, les mots : « des coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « du coefficient de revalorisation prévu ».
- 34° III (nouveau). – À l'article 1^{er} de la loi n° 74-1118 du 27 décembre 1974 relative à la revalorisation de certaines rentes allouées en réparation du préjudice causé par un véhicule terrestre à moteur, les mots : « les coefficients de revalorisation prévus » sont remplacés par les mots : « le coefficient de revalorisation prévu ».
- 35° IV (nouveau). – Au début du f du 1^o de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, les mots : « Au premier alinéa de » sont remplacés par le mot : « À ».
- 36° V (nouveau). – Le 11^o de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi rédigé :
- 37° « 11^o Article L. 551-1 ; ».

Mme la présidente. L'amendement n° 432, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin 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. Le Gouvernement prévoit, sous le prétexte de simplifier et d'améliorer la lisibilité des règles de revalorisation des prestations de sécurité sociale, de décaler du 1^{er} octobre au 1^{er} avril les hausses des prestations sociales.

Cette mesure emporte des conséquences négatives pour les assurés sociaux, qui devront attendre six mois supplémentaires pour obtenir une revalorisation de leurs aides, alors que le Gouvernement économisera ainsi 400 millions d'euros sur le dos des plus démunis, car il s'agit bien de cela ! Nous refusons que les assurés sociaux se voient imposer un gel de six mois de leurs prestations sociales.

De plus, cet article instaure un changement dans les modalités de prise en compte de l'inflation pour le calcul de la revalorisation. C'est désormais l'inflation constatée, et non plus l'inflation prévisionnelle, qui servira de base à la revalorisation.

Enfin, l'article met en place un bouclier pour prévenir toute évolution à la baisse des prestations de sécurité sociale. Si ce risque existe vraiment, pourquoi ne pas indexer les prestations sociales sur le SMIC ? Ce serait économiquement plus juste et plus cohérent, dans la mesure où l'inflation progresse moins vite que les salaires. Comme elle a été presque nulle en 2014, cette mesure va encore priver les assurés de quelques millions d'euros.

Ces dispositions nous semblent stigmatiser les plus démunis, creuser les inégalités et accroître la pauvreté. C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 57 a trois objets. Il prévoit, tout d'abord, que la revalorisation des prestations versées par les organismes de sécurité sociale se fera sur la base de l'inflation constatée, et non plus de l'inflation prévisionnelle ; il instaure, ensuite, un mécanisme de bouclier afin de prévenir une baisse des prestations en cas d'inflation négative ; enfin, il fait passer du 1^{er} juillet au 1^{er} avril la date de revalorisation des plafonds pour les ressources applicables au calcul des droits à la couverture maladie universelle complémentaire, ou CMU-C, à l'aide pour une complémentaire santé, ou ACS, et à l'aide médicale de l'État, l'AME.

Contrairement à ce qu'indique l'objet de cet amendement, cet article ne conduit pas obligatoirement à un report des dates de revalorisation. L'avis de la commission est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 432.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 188 rectifié *bis* est présenté par M. Bockel, Mme Billon, MM. Bonnacarrère, Cadic et Cigolotti, Mme Doineau, MM. Guerriau et Kern, Mme Loisier et M. Médevielle.

L'amendement n° 253 rectifié est présenté par Mmes Deroche et Procaccia, MM. Savary et D. Robert, Mmes Gruny, Imbert et Morhet-Richaud, M. Morisset et Mme Cayeux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 20 et 21

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Pierre Médevielle pour présenter l'amendement n° 188 rectifié *bis*.

M. Pierre Médevielle. Les alinéas 20 et 21 de l'article 57 du présent texte prévoient d'appliquer la règle générale de revalorisation des prestations sociales aux pensions versées par le régime autonome de retraite de base des avocats.

Actuellement, le coefficient de revalorisation annuelle des retraites de base des avocats ne relève pas de la loi, mais est adopté par l'assemblée générale de la Caisse nationale des barreaux français, ou CNBF.

Il ne semble donc pas utile d'appliquer à la CNBF, qui a toujours géré l'évolution des paramètres des régimes avec prudence, cette mesure de simplification, qui concerne les seules règles de revalorisation déjà prévues par la loi.

Aussi, il est proposé de ne pas étendre, au-delà de son champ actuel, le périmètre des prestations dont la règle de revalorisation est fixée par la loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Caroline Cayeux, pour présenter l'amendement n° 253 rectifié.

Mme Caroline Cayeux. Nous proposons également de ne pas étendre, au-delà de son champ actuel, le périmètre des prestations dont la règle de revalorisation est fixée par la loi, s'agissant du régime autonome de retraite de base des avocats.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'article 57 aligne sur le régime général les règles de revalorisation des pensions de retraite des avocats, qui sont jusqu'à présent fixées par le conseil d'administration de la Caisse nationale des barreaux français.

Cette mesure peut sembler justifiée, dans une optique de simplification, mais il serait intéressant que le Gouvernement nous éclaire plus précisément sur ses fondements. Nous souhaitons donc entendre son avis sur ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Dans un premier temps, ces amendements n'étaient pas identiques, et mes arguments s'appuyaient sur leurs différences. Ils sont maintenant alignés tous les deux sur la rédaction initialement présentée par Mme Cayeux.

Vous souhaitez donc laisser hors du champ de la loi les règles de revalorisation du régime de retraite des avocats.

Le Gouvernement a constaté que ce régime était aujourd'hui le seul à disposer de ses propres règles de revalorisation. Cette situation est atypique, dans la mesure où ce régime s'administre lui-même selon ses propres règles, alors que tous les autres, y compris ceux des professions libérales, appliquent les règles communes.

Faut-il maintenir ce fonctionnement particulier ? Le Gouvernement a considéré que rien ne le justifiait plus, y compris au regard de la situation des autres professions libérales. Entendant toutefois les arguments qui nous ont été présentés, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée.

M. Jean Desessard. Madame la ministre, ce n'est pas le moment de lâcher !

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 188 rectifié *bis* et 253 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 57, modifié.

(L'article 57 est adopté.)

Article 57 bis (nouveau)

À l'article 1084 du code général des impôts, le mot : « caisses » est remplacé par le mot : « organismes » et le mot : « autorisées » est remplacé par le mot : « autorisés ». – *(Adopté.)*

Article 58

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après le chapitre II du titre II du livre I^{er}, il est inséré un chapitre II *bis* ainsi rédigé :
- ③ « CHAPITRE II BIS
- ④ « **Organisation et gestion des missions et activités**
- ⑤ « *Art. L. 122-6.* – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes de la branche ou du régime concerné.
- ⑥ « Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche ou du régime la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.
- ⑦ « Les modalités de mise en œuvre des orientations mentionnées au deuxième alinéa sont fixées par une convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.
- ⑧ « II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations, notamment agir en demande et en défense devant les juridictions. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.
- ⑨ « III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer, pour le compte d'autres unions, des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement ainsi qu'à la gestion des activités de trésorerie. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.
- ⑩ « IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.
- ⑪ « *Art. L. 122-7.* – Le directeur d'un organisme local ou régional peut déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions ou activités liées à la

gestion des organismes, par une convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de chaque branche concernée.

- ⑫ « Lorsque la mutualisation inclut des activités comptables, financières ou de contrôle relevant de l'agent comptable, la convention est également signée par les agents comptables des organismes concernés.
- ⑬ « *Art. L. 122-8.* – Les directeurs d'organismes nationaux peuvent confier à un ou plusieurs organismes de sécurité sociale d'une autre branche ou d'un autre régime des missions ou activités relatives à la gestion des organismes de leur réseau, au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie.
- ⑭ « Les modalités de mise en œuvre du premier alinéa, à l'exception des modalités de traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites, qui sont précisées par décret, sont fixées par une convention signée par les directeurs des organismes nationaux concernés.
- ⑮ « *Art. L. 122-9 (nouveau).* – Lorsque l'organisme délégué conserve la responsabilité des opérations de paiement, l'agent comptable de l'organisme délégué chargé des opérations de liquidation des sommes à payer effectue des vérifications permettant d'attester l'exactitude de ces opérations préalablement à leur mise en paiement par l'agent comptable de l'organisme délégué. Ces vérifications sont effectuées selon des orientations fixées conjointement avec l'agent comptable de l'organisme délégué et sous sa responsabilité, en cohérence avec les référentiels de contrôle interne des branches ou régimes concernés. » ;
- ⑯ 2° Les articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sont abrogés ;
- ⑰ 2° *bis (nouveau)* Après le mot : « missions », la fin du 3° de l'article L. 221-3-1 est supprimée ;
- ⑱ 3° Après l'article L. 611-9, il est inséré un article L. 611-9-1 ainsi rédigé :
- ⑲ « *Art. L. 611-9-1.* – Les caisses de base appelées à fusionner en application de l'article L. 611-9 peuvent décider d'établir un budget unique et une comptabilité unique des opérations budgétaires. Le choix de tenir une comptabilité unique peut être également étendu à tout ou partie des opérations techniques réalisées dans le cadre de l'article L. 611-11.
- ⑳ « Le directeur de la caisse nationale désigne parmi les directeurs des caisses appelées à fusionner celui chargé d'élaborer et d'exécuter le budget unique et d'arrêter le compte unique. Il désigne également parmi les agents comptables des caisses appelées à fusionner celui chargé d'établir le compte unique.
- ㉑ « Le budget unique et le compte unique sont approuvés par chacun des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner.
- ㉒ « Les modalités de mise en œuvre des décisions prévues au premier alinéa sont fixées par une convention, établie selon un modèle fixé par la caisse nationale, entre les caisses de base concernées, signée par leur directeur et leur agent comptable, après avis de leur conseil d'administration et validation conjointe par le directeur général et l'agent comptable de la caisse nationale. »

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Ma collègue Éliane Assassi, sénatrice de Seine-Saint-Denis, a souhaité saisir l'occasion de ce débat sur le financement de la sécurité sociale pour attirer votre attention sur un exemple frappant : la situation inquiétante des centres de sécurité sociale de son département.

L'annonce de la réduction du nombre de centres d'accueil du public a été faite il y a quelques mois. Il s'agissait au départ d'en supprimer presque la moitié, mais, face au tollé général, les services de la caisse primaire d'assurance maladie, la CPAM, ont réduit le nombre de fermetures prévues. Pourtant, la situation sociale et sanitaire de la Seine-Saint-Denis aurait dû conduire à l'abandon complet du projet.

Dans un département déjà gravement touché par la crise économique, en raison, notamment, des politiques d'austérité menées par les gouvernements Fillon et – hélas ! – Valls, l'accès à la santé devrait au contraire être largement amélioré. Ce département est le moins bien doté en termes d'équipements hospitaliers lourds, et le taux de décès par cancer y est bien supérieur à la moyenne nationale.

La seule réponse proposée à ces défis majeurs est la fermeture des centres d'accueil physique des personnes, qui sont pourtant largement plébiscités par une population pas toujours connectée et préférant le contact humain, les conseils et le sens du service qui s'y attachent. Demain, les centres de CPAM seront plus éloignés des habitants et encore plus surchargés, en raison de la réduction de leur nombre.

À dire vrai, ce que montrent ces fermetures, justifiées par des économies affichées, c'est que le service public est délaissé, alors même qu'il est « le patrimoine de ceux qui n'en ont pas ». Ce principe devrait primer dans un département où les revenus des habitants sont très en deçà de la moyenne régionale.

Cet exemple est symbolique, mes chers collègues, parce qu'il révèle crûment l'effet de l'austérité appliquée au service public dans la France entière : celui-ci se désagrège pierre après pierre, alors même que les populations en ont cruellement besoin.

Mme la présidente. L'amendement n° 450 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 122-2, les références : « L. 216-2-1 et L. 216-2-2 » sont remplacées par les références : « L. 122-6, L. 122-7, L. 122-8, L. 122-9 et L. 611-11 » ;

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de coordination.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. Jean Desessard. Il est bien temps de se coordonner ! (M. Robert del Picchia sourit.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 450 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 58, modifié.

(L'article 58 est adopté.)

Article 59

- ① I. – Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première occurrence de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-9, à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, au premier alinéa de L. 114-11 et à la première occurrence du 1° de l'article L. 114-19, après le mot : « organismes », sont insérés les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire » ;
- ③ 2° L'article L. 114-10 est ainsi modifié :
- ④ a) À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « la sécurité sociale », sont insérés les mots : « ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture » ;
- ⑤ b) Au troisième alinéa, les mots : « du régime général » sont remplacés par les mots : « et différents régimes de la sécurité sociale » ;
- ⑥ c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme concernant l'attribution des prestations dont il a la charge. » ;
- ⑧ d) Le dernier alinéa est supprimé.
- ⑨ II. – Le titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑩ 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 724-7, les mots : « ainsi que de celles des articles L. 732-56 et suivants » sont remplacés par les mots : « , le contrôle de l'application des articles L. 732-56 à L. 732-63 ainsi que le contrôle des mesures d'action sanitaire et sociale mentionnées au chapitre VI du présent titre II » ;
- ⑪ 2° L'article L. 724-11 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :
- ⑬ « Les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole peuvent demander aux cotisants, aux bénéficiaires de prestations, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit leur nom, leur adresse, leur emploi, le montant de leurs revenus ainsi que toute information utile à l'exercice de leur mission.
- ⑭ « Les cotisants, les bénéficiaires de prestations, les assurés sociaux et leurs ayants droit sont tenus de recevoir les agents de contrôle agréés et assermentés des caisses de mutualité sociale agricole qui se présentent pour assurer l'exercice de leurs missions et de leur présenter tous documents nécessaires à l'exercice de leur contrôle ou de leur enquête. » ;
- ⑮ b) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑯ « À l'issue du contrôle, les agents mentionnés au premier alinéa doivent communiquer aux personnes contrôlées leurs observations sur les cotisations et contributions dues, en les invitant à y répondre dans un délai déterminé. » ;
- ⑰ 3° Les articles L. 725-14 et L. 725-15 sont abrogés. – (Adopté.)

Article additionnel après l'article 59

Mme la présidente. L'amendement n° 433, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 59

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 231-6-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 231-6-1. – Le conseil d'administration est une juridiction élective.

« Sont électeurs les salariés, les employeurs ainsi que les personnes à la recherche d'un emploi inscrites sur la liste des demandeurs d'emploi, âgés de seize ans accomplis.

« Les membres du conseil d'administration élisent un président ou un vice-président. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Le programme du Conseil national de la Résistance adopté en 1944 prévoyait : « un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens les moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer [...], avec gestion appartenant aux représentants des intéressés ». À l'origine, la sécurité sociale était gérée à 17 % par les syndicats de travailleurs salariés et à 25 % par le patronat.

Les élections de la sécurité sociale ont été supprimées et remplacées par le strict paritarisme : 50 % aux représentants des assurés sociaux et autant à ceux du patronat.

Au fil des années, l'État a réduit encore la place des organisations syndicales en introduisant au sein des conseils des représentants de la mutualité, des associations familiales, des associations de malades ainsi que des personnes qualifiées, remettant ainsi en cause la représentativité des cotisants. Il a également multiplié les interventions pour orienter et contrôler le budget de la sécurité sociale.

D'année en année, l'État comme le patronat ont œuvré pour remettre en cause le principe démocratique de gestion de la sécurité sociale par les représentants des assurés sociaux directement élus par lesdits assurés sociaux.

Les assurés sociaux, les allocataires et leurs représentants ont pourtant toute légitimité pour faire connaître les besoins, pour exiger les réponses qui doivent être apportées, pour assurer la gestion, et pour faire œuvre d'avancées sociales indispensables en faveur de la population.

En soixante-dix ans, la sécurité sociale a participé à l'amélioration de l'état de santé ainsi qu'à l'accompagnement des familles et des retraités. Nous sommes aujourd'hui face au défi de répondre davantage encore aux attentes des populations.

Notre amendement vise donc à revenir au principe essentiel de la gestion de la sécurité sociale, à savoir une gestion assurée directement par les représentants des assurés sociaux.

Au fil des articles et des amendements votés, on s'achemine petit à petit vers une privatisation. Demander une gestion démocratique et accorder des droits nouveaux aux assurés constitue donc un double défi important. Je ne suis pas certaine que la Haute Assemblée saura le relever.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Votre amendement rejoint la préoccupation de nos collègues du groupe Les Républicains, en particulier d'Alain Fouché, qui viennent de déposer sur le bureau du Sénat une proposition de loi tendant à renforcer le fonctionnement démocratique du système de retraites. Cette proposition de loi prévoit que les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse soient élus par et parmi les affiliés du régime.

La rédaction de votre amendement est encore plus large, puisqu'elle ouvre ce principe à l'ensemble des caisses nationales de sécurité sociale.

Je ne suis pas certain que cette question soit la clé de la reconquête de la confiance de nos concitoyens envers le système de protection sociale. La principale inquiétude est liée à la pérennité financière des régimes. De même, les conseils d'administration des caisses sont des instances importantes du paritarisme. L'accord AGIRC-ARRCO montre d'ailleurs que les partenaires sociaux sont des gestionnaires responsables.

Même si je partage l'idée selon laquelle une modernisation de la gouvernance des régimes de sécurité sociale doit être engagée, je reporterai plutôt ce débat à la discussion de la proposition de loi de nos collègues – et d'Alain Fouché en particulier – dont la rédaction semble plus aboutie que celle qui est présentée à travers cet amendement.

La commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, je me verrai contraint d'émettre un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit d'une position constante de Mme Cohen et du groupe CRC. Cet amendement est déposé année après année et aussi souvent que possible.

Cela doit faire environ trente ans qu'il n'y a pas eu d'élections à la sécurité sociale.

Mme Nicole Bricq. Trente-deux !

Mme Marisol Touraine, ministre. Faut-il, pour moderniser la gouvernance, passer par des mécanismes auxquels nous n'avons plus recours depuis des années ?

Je reconnais la cohérence de la position du groupe CRC. J'émet cependant un avis défavorable, puisque ce n'est pas le choix qui a été fait par ce gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je l'ai dit, j'ai été charmé par les réponses de Mme la ministre tout au long de cet après-midi, hier et auparavant, bref, depuis le début du débat. Comme on arrive vers la fin, ça s'épuise évidemment... (*Sourires.*)

Si je comprends bien, le groupe CRC, par cet amendement, veut faire entrer les demandeurs d'emploi dans le conseil d'administration.

M. Roger Karoutchi. Ce n'est pas du tout ça !

Mme Annie David. Ce n'est pas que ça !

M. Jean Desessard. C'est en partie ça, donc ! (*Sourires.*)

Quoi qu'il en soit, si l'amendement est bien tel que je l'ai compris, je le soutiens ! (*Même mouvement.*) Il me semble en effet important d'associer les demandeurs d'emploi à l'ensemble des décisions, au même titre que les salariés et les employeurs.

Rappeler au groupe CRC qu'il déposait le même amendement depuis trente-deux ans n'était pas nécessaire, madame la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est factuel !

M. Jean Desessard. La formation Europe Écologie-Les Verts n'existait pas voilà trente-deux, mais nous nous reconnaissons dans cet amendement. *(Sourires.)*

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 433.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 60

- ① Le titre IV du livre VI du code de commerce est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 643-11 est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ③ « 3° Lorsque la créance a pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale mentionnés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. L'origine frauduleuse de la créance est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 114-17-1 du même code. » ;
- ④ 2° À la deuxième phrase de l'article L. 645-11, la référence : « et 2° » est remplacée par la référence : « à 3° ». – *(Adopté.)*

Article 61

- ① I. – La section 1 du chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la huitième partie du code du travail est complétée par un article L. 8271-6-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 8271-6-3. – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 peuvent transmettre aux agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité, mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents leur permettant d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal. »
- ③ « Les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »
- ④ II. – Le livre VI du code de la sécurité intérieure est ainsi modifié :
- ⑤ 1° La section 1 du chapitre IV du titre III est complétée par un article L. 634-3-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « Art. L. 634-3-1. – Les dispositions applicables aux échanges d'informations entre les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité et les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail sont définies à l'article L. 8271-6-3 du même code. » ;
- ⑦ 2° Après le 7° de l'article L. 642-1, il est inséré un 7° *bis* ainsi rédigé :

- ⑧ « 7° *bis* À l'article L. 634-3-1, les mots : « à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du code du travail applicable à Mayotte » ; »
- ⑨ 3° Après le 11° de l'article L. 645-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :
- ⑩ « 11° *bis* À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ; »
- ⑪ 4° Après le 12° de l'article L. 646-1, il est inséré un 12° *bis* ainsi rédigé :
- ⑫ « 12° *bis* À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ; »
- ⑬ 5° Après le 11° de l'article L. 647-1, il est inséré un 11° *bis* ainsi rédigé :
- ⑭ « 11° *bis* À l'article L. 634-3-1, les mots : « agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-1-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « agents chargés du contrôle du travail illégal en application des dispositions applicables localement » ; ».
- ⑮ III. – Le chapitre III du titre I^{er} du livre III du code du travail applicable à Mayotte est complété par un article L. 313-7 ainsi rédigé :
- ⑯ « Art. L. 313-7. – Les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code peuvent transmettre aux agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité, mentionnés à l'article L. 634-1 du code de la sécurité intérieure, tous renseignements et tous documents leur permettant d'assurer le contrôle des personnes exerçant les activités privées de sécurité pour tirer les conséquences d'une situation de travail illégal. »
- ⑰ « Les agents habilités par le directeur du Conseil national des activités privées de sécurité peuvent transmettre aux agents de contrôle mentionnés aux articles L. 312-5, L. 610-1, L. 610-14 et L. 610-15 du présent code tous renseignements et documents nécessaires à leur mission de lutte contre le travail illégal. »
- ⑱ IV. – L'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « Sans préjudice des facultés d'échange d'informations dont ils disposent avec les agents des autorités administratives mentionnées à l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives, les agents des services mentionnés à l'article L. 811-2 du code de la sécurité intérieure ou des services désignés par le décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 811-4 du même code sont habilités à transmettre aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3 du présent code les informations strictement utiles à l'accomplissement de leurs missions, lorsque la transmission de ces informations participe directement à la poursuite de l'une des finalités prévues à l'article L. 811-3 du code de la sécurité intérieure. »

- ② V. – Le 1° du II du présent article est applicable en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et dans les îles Wallis et Futuna. – (*Adopté.*)

Article 62 (*nouveau*)

- ① Après le 3° de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Le droit prévu au premier alinéa peut porter sur des informations relatives à des personnes non identifiées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Mme la présidente. L'amendement n° 456, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, le montant : « 7 500 € » est remplacé par les mots : « 1 500 € par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de l'amende puisse être supérieur à 10 000 € ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet article 62 porte sur la possibilité, pour les organismes de sécurité sociale, de demander des données ou documents à des établissements bancaires dans le cadre de contrôles portant sur des assurés ou des entreprises.

Cet amendement vise à préciser la sanction applicable lorsque les établissements ne répondent pas aux demandes qui leur sont faites.

Actuellement, l'absence de transmission des documents demandés est sanctionnée par une amende forfaitaire de 7 500 euros. Pour clarifier les conditions d'application de ce droit de communication, il est proposé d'aligner le montant de la pénalité sur celle qui est applicable en matière fiscale.

Il s'agit donc, d'une part, d'indiquer que la sanction s'applique pour chaque personne concernée par la demande, à hauteur de 1 500 euros et, d'autre part, d'aligner le montant global de la sanction sur le montant retenu en matière fiscale, à hauteur de 10 000 euros par demande, quel que soit le nombre de personnes concernées.

C'est par conséquent un amendement de coordination avec la législation fiscale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission n'a pas eu le temps d'examiner cet amendement, qui nous est parvenu ce matin. À titre personnel, j'émet un avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 456. (*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 62, modifié. (*L'article 62 est adopté.*)

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie

Mme la présidente. Avant de mettre aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, je donne la parole à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Les sénatrices et sénateurs du groupe socialiste et républicain souhaitent expliquer leur vote.

Il leur sera difficile de voter cette quatrième partie, intitulée « Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2016 », puisque, les articles 54, 55 et 56 ayant été supprimés, elle ne comporte plus d'objectifs de dépenses. Il s'agissait pourtant de l'un des objets essentiels de cette partie.

Toutefois, dans le cadre de cette quatrième partie, nous avons généralisé la garantie des impayés de pension alimentaire ; achevé le processus d'universalisation de la sécurité sociale ; mis en place les éléments d'une nouvelle filière visuelle en créant les contrats de coopération ; donné plus d'équité et de modernité au financement des établissements de soins de suite et de rééducation ; proposé d'étendre l'expérimentation en matière de permanence des soins ambulatoires menée dans les Pays de la Loire ; généralisé les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les CPOM... Et cette liste n'est pas exhaustive. Nous ne pouvons donc pas non plus voter contre cette quatrième partie.

Dès lors que nous ne pouvons ni voter pour ni voter contre, vous l'aurez compris, les sénatrices et sénateurs du groupe socialiste et républicain s'abstiendront sur cette quatrième partie.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour explication de vote.

M. Guillaume Arnell. Avant que j'explique mon vote, permettez, madame la présidente, que je dise quelques mots.

Je voudrais partager avec vous un avis personnel, mes chers collègues. Il s'agit de mon deuxième projet de loi de financement de la sécurité sociale, car en 2014 je venais tout juste d'arriver dans la Haute Assemblée, et, chose étrange, je ne me souviens pas d'une telle ambiance, ou peut-être étais-je trop impressionné par vous, les uns et les autres...

En tout cas, je suis ravi d'avoir pu assister à l'ensemble des débats, même si nos amendements n'ont pas toujours eu la faveur de la commission ou du Gouvernement. Il n'en demeure pas moins vrai que c'est ainsi que je conçois le débat : dans la contestation argumentée de nos divergences, mais aussi dans le respect de nos différences – et parfois même dans la bonne humeur... (*Sourires.*)

Sans préjuger le vote sur l'ensemble du texte qui interviendra mardi prochain, le groupe RDSE, comme à son habitude, a pris toute sa part à ses débats. Il tient à saluer la qualité du travail de M. le rapporteur général et des rapporteurs. Il adresse ses remerciements à vous-même, madame la ministre, ainsi que Mme la ministre Ségolène Neuville, pour les réponses apportées à nos interrogations et demandes d'explication.

Pour ce qui concerne cette quatrième partie, je ne trahirai pas la pensée du groupe RDSE en disant que nous comprenons très aisément que ces articles sont indispensables à l'architecture même du PLFSS et que nous nous voyons donc contraints de nous abstenir sur cette partie.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Cette quatrième partie est un peu étrange dans la mesure où les objectifs de dépenses ne sont plus au rendez-vous, en raison de la suppression de certains articles.

La position de notre groupe a été constante et constructive à travers les propositions que nous avons formulées. Malheureusement, elles ont toutes été rejetées. Nous avons néanmoins montré qu'une autre voie était possible.

Nous regrettons que l'on soit resté dans une logique de rigueur, mortifère lorsque l'on sait qu'une personne sur quatre doit renoncer aux soins par manque de moyens financiers.

Dans cette quatrième partie, concernant les retraites, la droite sénatoriale a voté une réforme systémique, en reculant l'âge du départ à la retraite. Quel progrès en 2015 !

Et que dire du vote de trois jours de carence pour les agents hospitaliers ! Quand on connaît les conditions de flux tendus dans lesquelles travaillent ces personnels, quand on voit leur dévouement, on comprend combien il importe, au contraire, d'essayer d'améliorer leurs conditions de travail. Ces trois jours de carence ne vont arranger les choses !

Nous sommes particulièrement révoltés devant de telles mesures. Le budget initial ne nous convenait pas, et nous l'avons dit, mais il a été aggravé par la droite sénatoriale, et singulièrement cette quatrième partie. C'est extrêmement décevant et très grave eu égard aux défis que nous avons à relever.

Nous aurions espéré autre chose en cette année où nous fêtons les soixante-dix ans de la sécurité sociale !

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je voudrais inviter mes collègues sénateurs à voter cette quatrième partie, bien que nous ayons supprimé les objectifs de dépenses.

Monsieur Daudigny, si nous avons supprimé ces objectifs de dépenses, c'est parce que nous ne les partageons pas. Malheureusement, la loi nous empêche de formuler de nouvelles propositions, notamment une baisse desdits objectifs.

En effet, si nous votions une diminution des dépenses, cela entraînerait une augmentation des charges de l'État et celle-ci nous mettrait sous le coup de l'article 40 de la Constitution.

Pour exprimer notre désaccord, nous étions obligés de supprimer ces articles sans pouvoir faire des propositions, que nous avons pourtant en tête.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Nos objectifs n'ont pas été atteints, raison pour laquelle les écologistes voteront contre cette quatrième partie.

Les trois jours de carence sont inacceptables, ils nous mettent sur une mauvaise pente. Nous réaffirmons également notre opposition à cette disposition en votant contre cette quatrième partie.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(La quatrième partie du projet de loi est adoptée.)

Mme la présidente. Nous avons terminé l'examen des articles de ce texte.

Je vous rappelle que les explications de vote sur l'ensemble se dérouleront mardi 17 novembre, à quinze heures quinze. Le vote par scrutin public solennel aura lieu le même jour, de seize heures à seize heures trente, en salle des conférences.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je souhaite revenir sur certaines réflexions entendues de part et d'autre.

Monsieur Desessard, vous semblez ne pas être au courant des propositions faites par M. le rapporteur général dans son discours. Je tiens donc à vous rappeler qu'un « projet alternatif », pour reprendre les termes de mon ami Gérard Roche, a été proposé.

Monsieur Tourenne, bien évidemment, parmi les propositions qui sont présentées, certaines sont des mesures extrêmement importantes et intéressantes, quand d'autres restent des « mesurette », mais ce constat vaut pour tous les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Je veux le redire, parce que je le pense franchement, tous les ministres de la santé que j'ai connus jusqu'à présent ont été des ministres de qualité : ceux qui ont précédé Mme Touraine, Mme Touraine elle-même et, très certainement, ceux qui suivront. *(Sourires.)* Je ne le dis pas pour ne fâcher personne, mais pour rappeler la vérité ! *(Nouveaux sourires.)*

Au terme de l'examen de ce texte par le Sénat, un peu plus de la moitié des articles ont été adoptés conformes et près d'une trentaine ont été modifiés. Cela montre que nous reconnaissons l'utilité d'un certain nombre de dispositions, souvent de nature technique, qui peuvent apporter des améliorations ponctuelles à notre système de protection sociale. Ce système, je le note au passage, est encore extrêmement complexe du fait de la coexistence de nombreux régimes différents, à un moment où l'équité et l'efficacité commanderaient de simplifier et d'unifier.

Le Sénat a en revanche supprimé douze articles et a adopté une quinzaine d'articles additionnels, marquant ainsi des choix qui se différencient clairement de ceux effectués par l'Assemblée nationale et le Gouvernement.

Je mentionnerai plus particulièrement l'article 21, puisque tous les groupes, sauf un, ont souhaité sa suppression. Cette large majorité transpartisanne démontre que la mesure proposée pour la couverture complémentaire des personnes âgées de plus de 65 ans a suscité beaucoup d'interrogations et que nous n'avons pas été convaincus par la solution proposée par le Gouvernement. Toutefois, nous ne sommes pas hostiles aux objectifs qu'il s'assigne et nous l'avons montré en adoptant l'amendement proposé par la commission des finances sur l'élargissement des conditions d'accès à l'ACS, l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

Pour le reste, nous avons rejeté les objectifs de recettes et de dépenses pour 2016, ainsi que les projections pluriannuelles. Ce vote traduit notre désaccord de fond sur les arbitrages effectués depuis 2012 et que j'ai rappelés en discussion générale : alourdissement des prélèvements, ponctions sur la politique familiale, traitement insuffisant des déficits des branches maladie et vieillesse, en particulier du FSV.

Le Gouvernement l'a relevé, plusieurs amendements adoptés en troisième partie induisent de moindres recettes. C'est notamment le cas de celui qui porte sur les prélèvements sociaux pour les non-résidents, mais, sur ce point, la fragilité juridique du dispositif proposé au regard de la jurisprudence européenne a été soulignée.

J'observe néanmoins que, pendant que nous discutons ici, au Sénat, du projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'Assemblée nationale a adopté l'amendement de Jean-Marc Ayrault ayant pour conséquence une réduction du rendement de la CSG dans des proportions beaucoup plus importantes, puisqu'il s'agit d'un milliard d'euros à deux milliards d'euros par an, sans que nous connaissions la manière dont cette réforme sera compensée.

Pour notre part, nous avons montré, avec notre amendement sur les paramètres du départ en retraite, notre volonté de maîtriser des dépenses qui s'alourdiront inévitablement sous l'effet de la démographie.

Au-delà des nombreux articles que nous avons approuvés, ce sont bien des différences de choix sur le pilotage de notre système de protection sociale que traduit le texte issu des débats du Sénat.

Pour terminer, je tiens à remercier Mme la ministre, les présidents de séance, M. le rapporteur général, Mmes et MM. les rapporteurs et nos collaborateurs respectifs de l'ambiance générale qui a présidé à nos débats, une ambiance de travail chaleureuse empreinte de respect, ce à quoi je tiens beaucoup. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je serai brève et ne reviendrai pas sur le fond de nos débats. Vous allez voter mardi prochain et nous verrons comment se poursuit la discussion à l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, puis ici même.

Je voudrais vous remercier de la qualité de nos discussions depuis le début de cette semaine. Au fur et à mesure que le temps avançait, l'atmosphère se faisait de plus en plus chaleureuse et nous avons pu débattre de nos options et de nos propositions dans un climat serein. Même si nous ne partageons pas tous, par définition et par principe, les mêmes orientations, chacun a pu, me semble-t-il, exprimer ses positions. Tous ces travaux se sont déroulés dans un esprit de grand respect, dont je veux vous remercier.

Je remercie M. le rapporteur général de son inégalable courtoisie, dont il ne se défait jamais, ainsi que l'ensemble des rapporteurs. M. Roche est toujours de bonne humeur, ce qui rassure sur l'espèce humaine, et Mme Cayeux a fait valoir ses arguments avec son élégance habituelle. J'inclus dans ces remerciements toutes celles et tous ceux qui ont participé à nos travaux et, bien sûr, M. le président de la commission, garant de l'esprit de respect mutuel qui doit y présider à ces débats.

J'adresse également mes remerciements aux présidents de séance, ainsi qu'à chacune et chacun des sénateurs qui ont pris part à nos travaux. Et puisque vous êtes encore dans cet hémicycle un vendredi soir, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est que vous faites partie des plus assidus, ce dont je vous sais tout particulièrement gré.

Vous me permettrez enfin d'adresser un dernier remerciement à mes équipes, mes services et mon cabinet, sans lesquels je n'aurais certainement pas pu faire face au choc de vos interpellations. (*Applaudissements.*)

6

INSCRIPTION À L'ORDRE DU JOUR D'UN DÉBAT SUIVI D'UN VOTE

Mme la présidente. Par lettre en date de ce jour, le Gouvernement demande l'inscription d'un débat suivi d'un vote sur l'autorisation de prolongation de l'engagement des forces aériennes au-dessus du territoire syrien, en application du troisième alinéa de l'article 35 de la Constitution.

Ce débat aura lieu le mercredi 25 novembre, à dix-huit heures quinze.

Nous pourrions attribuer, après l'intervention du Gouvernement, un temps de parole de quinze minutes pour le groupe Les Républicains et pour le groupe socialiste et républicain et de dix minutes pour chacun des autres groupes politiques, à raison d'un orateur par groupe ; un temps de parole de cinq minutes au représentant des non-inscrits ; et un temps de parole de dix minutes au président de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées.

Y a-t-il des observations ?...

Il en est ainsi décidé.

En conséquence, l'ordre du jour du mercredi 25 novembre 2015 s'établit comme suit :

Mercredi 25 novembre

À onze heures et à quatorze heures trente :

- Suite du projet de loi de finances pour 2016, avec l'examen de la mission « Relations avec les collectivités territoriales », du compte spécial « Avances aux collectivités territoriales » et des articles rattachés.

À dix-huit heures quinze :

- Débat et vote sur la demande du Gouvernement d'autorisation de prolongation de l'engagement des forces aériennes au-dessus du territoire syrien, en application du troisième alinéa de l'article 35 de la Constitution

Le soir :

- Suite du projet de loi de finances pour 2016 et de l'examen de la mission « Relations avec les collectivités territoriales », du compte spécial « Avances aux collectivités territoriales » et des articles rattachés.

7

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 16 novembre 2015 :

À quinze heures :

Débat sur les conclusions du rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques intitulé *Sécurité numérique et risques : enjeux et chances pour les entreprises.*

À seize heures trente :

Proposition de résolution de M. Jérôme Bignon et plusieurs de ses collègues visant à affirmer le rôle déterminant des territoires pour la réussite d'un accord mondial ambitieux sur le climat, présentée en application de l'article 34-1 de la Constitution (n° 140, 2015-2016).

Le soir :

Débat sur le thème : « Les incidences du crédit d'impôt recherche sur la situation de l'emploi et de la recherche dans notre pays ».

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-huit heures dix.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance du

vendredi 13 novembre 2015

SCRUTIN N° 54

sur l'amendement n° 222, présenté par M. Jean-Noël Cardoux et plusieurs de ses collègues, à l'article 42 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	332
Pour	332
Contre	0

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Abstention : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate
Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michel Amiel

Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Guillaume Arnell

Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Gérard Bailly

Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas
Delphine Bataille
Marie-France Beauflis
Christophe Béchu
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Annick Billon
Michel Billout
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
Éric Bocquet
François Bonhomme
Philippe Bonnecarrère
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
François-Noël Buffet
Henri Cabanel
Olivier Cadic
Jean-Pierre Caffet
François Calvet
Pierre Camani
Christian Cambon
Claire-Lise Campion
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capocanellas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Caroline Cayeux
Bernard Cazeau
Gérard César
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Jacques Chiron
Olivier Cigolotti
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin

Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
François Commeinhes
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Gérard Cornu
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaude
Serge Dassault
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Michel Delebarre
Michelle Demessine
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaulx
Chantal Deseyne
Félix Desplan
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Évelyne Didier
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Josette Durriou
Louis Duvernois
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Jean-Paul Emorine
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Christian Favier
Françoise Férat
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Michel Fontaine
Michel Forissier
François Fortassin
Thierry Foucaud

Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Jean-Claude Frécon
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Catherine Génisson
Samia Ghali
Bruno Gilles
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Colette Giudicelli
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Gaëtan Gorce
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Loïc Hervé
Odette Herviaux
Michel Houel
Alain Houpert
Robert Hue
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Éric Jeansannetas
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Philippe Kaltenbach
Christiane Kammermann
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Fabienne Keller

Guy-Dominique Kennel	Jean Louis Masson	Henri de Raincourt
Claude Kern	Hervé Maurey	Michel Raisson
Bariza Khiari	Jean-François Mayet	Daniel Raoul
Georges Labazée	Rachel Mazuir	Claude Raynal
Françoise Laborde	Pierre Médevielle	André Reichardt
Bernard Lalande	Colette Mélot	Daniel Reiner
Marc Laménié	Marie Mercier	Jean-Claude Requier
Élisabeth Lamure	Michel Mercier	Bruno Retailleau
Serge Larcher	Michelle Meunier	Charles Revet
Jean-Jacques Lasserre	Jacques Mézard	Alain Richard
Robert Laufoaulu	Danielle Michel	Stéphanie Riocreux
Daniel Laurent	Brigitte Micouleau	Didier Robert
Pierre Laurent	Alain Milon	Sylvie Robert
Nuihau Laurey	Gérard Miquel	Gérard Roche
Jean-Yves Leconte	Thani Mohamed Soilihi	Gilbert Roger
Antoine Lefèvre	Marie-Pierre Monier	Yves Rome
Jacques Legendre	Franck Montaugé	Jean-Yves Roux
Dominique de Legge	Albéric de Montgolfier	Bernard Saugé
Jean-Pierre Leleux	Patricia Morhet-Richaud	René-Paul Savary
Jean-Baptiste Lemoyne	Catherine Morin-Desailly	Michel Savin
Jean-Claude Lenoir	Jean-Marie Morisset	Patricia Schillinger
Claudine Lepage	Philippe Mouiller	Bruno Sido
Jean-Claude Leroy	Philippe Nachbar	Abdourahamane Soilihi
Philippe Leroy	Christian Namy	Jean-Pierre Sueur
Michel Le Scouarnec	Louis Nègre	Simon Sutour
Valérie Létard	Alain Néri	Henri Tandonnet
Marie-Noëlle Lienemann	Louis-Jean de Nicolaÿ	Catherine Tasca
Anne-Catherine Loïsier	Claude Nougéin	Lana Tetuanui
Jean-François Longeot	Jean-Jacques Panunzi	Nelly Tocqueville
Gérard Longuet	Georges Patient	Jean-Louis Tourenne
Vivette Lopez	François Patriat	André Trillard
Jeanny Lorgeoux	Philippe Paul	Catherine Troendlé
Jean-Jacques Lozach	Cyril Pellevat	Alex Türk
Jean-Claude Luche	Daniel Percheron	Raymond Vall
Roger Madec	Marie-Françoise Perol-Dumont	René Vandierendonck
Philippe Madrelle	Cédric Perrin	Jean-Marie Vanlerenberghe
Jacques-Bernard Magner	Jackie Pierre	Michel Vaspart
Michel Magras	François Pillet	Alain Vasselle
Hermeline Malherbe	Xavier Pintat	Yannick Vaugrenard
Claude Malhuret	Louis Pinton	Hilarion Vendegou
Christian Manable	Hervé Poher	Paul Vergès
Didier Mandelli	Rémy Pointereau	Michel Vergoz
François Marc	Ladislas Poniatowski	Jean-Pierre Vial
Alain Marc	Hugues Portelli	Maurice Vincent
Didier Marie	Yves Pozzo di Borgo	Jean Pierre Vogel
Hervé Marseille	Sophie Primas	Dominique Watrin
Patrick Masclat	Catherine Procaccia	Evelyne Yonnet
Jean-Pierre Masseret	Christine Prunaud	Richard Yung
	Jean-Pierre Raffarin	François Zocchetto

Abstentions :

Leila Aïchi	Marie-Christine Blandin	Jean Desessard
Aline Archimbaud	Corinne Bouchoux	André Gattolin
Esther Benbassa	Ronan Dantec	Joël Labbé
		Jean-Vincent Placé

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 55

sur l'amendement n° 418, présenté par Mme Laurence Cohen et les membres du groupe Communiste, républicain et citoyen, tendant à insérer un article additionnel après l'article 44 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité

sociale pour 2016, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	342
Pour	29
Contre	313

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Contre : 141

N'ont pas pris part au vote : 3 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Pour : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Contre : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Patrick Abate	Corinne Bouchoux	Brigitte Gonthier-Maurin
Leila Aïchi	Laurence Cohen	Joël Labbé
Aline Archimbaud	Cécile Cukierman	Pierre Laurent
Éliane Assassi	Ronan Dantec	Michel Le Scouarnec
Marie-France Beauflis	Annie David	Jean-Vincent Placé
Esther Benbassa	Michelle Demessine	Christine Prunaud
Michel Billout	Jean Desessard	Paul Vergès
Marie-Christine Blandin	Évelyne Didier	Dominique Watrin
Éric Bocquet	Christian Favier	
Jean-Pierre Bosino	Thierry Foucaud	
	André Gattolin	

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Christophe Béchu	Natacha Bouchart
Pascal Allizard	Claude Bérît-Débat	Gilbert Bouchet
Michel Amiel	Michel Berson	Jean-Claude Boulard
Michèle André	Alain Bertrand	Martial Bourquin
Maurice Antiste	Jérôme Bignon	Michel Boutant
Alain Anziani	Jacques Bigot	Nicole Bricq
Guillaume Arnell	Annick Billon	François-Noël Buffet
David Assouline	Jean Bizet	Henri Cabanel
Dominique Bailly	Maryvonne Blondin	Olivier Cadic
Gérard Bailly	Jean-Marie Bockel	Jean-Pierre Caffet
Gilbert Barbier	François Bonhomme	François Calvet
François Baroin	Philippe Boncarrère	Pierre Camani
Philippe Bas	Nicole Bonnefoy	Christian Cambon
Delphine Bataille	Yannick Botrel	Claire-Lise Champion

Agnès Canayer
 Michel Canevet
 Jean-Pierre Cantegrit
 Vincent Capocanellas
 Thierry Carcenac
 Jean-Noël Cardoux
 Jean-Claude Carle
 Jean-Louis Carrère
 Françoise Cartron
 Luc Carvounas
 Joseph Castelli
 Caroline Cayeux
 Bernard Cazeau
 Gérard César
 Anne Chain-Larché
 Patrick Chaize
 Pierre Charon
 Daniel Chasseing
 Alain Chatillon
 Jacques Chiron
 Olivier Cigolotti
 Karine Claireaux
 Yvon Collin
 Gérard Collomb
 Pierre-Yves Collombat
 François Commeinhès
 Hélène Conway-Mouret
 Jacques Cornano
 Gérard Cornu
 Roland Courteau
 Philippe Dallier
 René Danesi
 Mathieu Darnaud
 Serge Dassault
 Yves Daudigny
 Marc Daunis
 Robert del Picchia
 Vincent Delahaye
 Francis Delattre
 Bernard Delcros
 Michel Delebarre
 Gérard Dériot
 Catherine Deroche
 Jacky Deromedi
 Marie-Hélène Des Esgaulx
 Chantal Deseyne
 Félix Desplan
 Yves Détraigne
 Catherine Di Folco
 Élisabeth Doineau
 Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Daniel Dubois
 Marie-Annick Duchêne
 Alain Dufaut
 Jean-Léonce Dupont
 Jérôme Durain
 Alain Duran
 Nicole Duranton
 Josette Durrieu
 Louis Duvernois
 Vincent Eblé
 Anne Emery-Dumas
 Jean-Paul Émorine
 Philippe Esnol
 Frédérique Espagnac
 Dominique Estrosi Sassone
 Hubert Falco
 Françoise Férat
 Corinne Féret
 Jean-Jacques Filleul
 Michel Fontaine
 Michel Forissier
 François Fortassin
 Alain Fouché

Bernard Fournier
 Jean-Paul Fournier
 Christophe-André Frassa
 Jean-Claude Frécon
 Pierre Frogier
 Jean-Marc Gabouty
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Françoise Gatel
 Jean-Claude Gaudin
 Jacques Gautier
 Jacques Genest
 Catherine Génisson
 Samia Ghali
 Bruno Gilles
 Dominique Gillot
 Jacques Gillot
 Éliane Giraud
 Colette Giudicelli
 Jean-Pierre Godefroy
 Gaëtan Gorce
 Nathalie Goulet
 Jacqueline Gourault
 Alain Gournac
 Sylvie Goy-Chavent
 Jean-Pierre Grand
 Daniel Gremillet
 François Grosdidier
 Jacques Groperrin
 Pascale Gruny
 Charles Guené
 Jean-Noël Guérini
 Joël Gueriau
 Didier Guillaume
 Annie Guillemot
 Claude Haut
 Loïc Hervé
 Odette Herviaux
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Robert Hue
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-François Husson
 Corinne Imbert
 Éric Jeansannetas
 Sophie Joissains
 Chantal Jouanno
 Gisèle Jourda
 Mireille Jouve
 Alain Joyandet
 Philippe Kaltenbach
 Christiane Kammermann
 Antoine Karam
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Guy-Dominique Kennel
 Claude Kern
 Bariza Khiari
 Georges Labazée
 Françoise Laborde
 Bernard Lalande
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Serge Larcher
 Jean-Jacques Lasserre
 Robert Laufoaulu
 Daniel Laurent
 Nuihau Laurey
 Jean-Yves Leconte
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Jean-Claude Lenoir
 Claudine Lepage

Jean-Claude Leroy
 Philippe Leroy
 Valérie Létard
 Marie-Noëlle Lienemann
 Anne-Catherine Loischer
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet
 Vivette Lopez
 Jeanny Lorgeoux
 Jean-Jacques Lozach
 Jean-Claude Luche
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard Magnier
 Michel Magras
 Hermeline Malherbe
 Claude Malhuret
 Christian Manable
 Didier Mandelli
 François Marc
 Alain Marc
 Didier Marie
 Hervé Marseille
 Patrick Masclet
 Jean-Pierre Masseret
 Jean Louis Masson
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Rachel Mazuir
 Pierre Médeville
 Colette Mélot
 Marie Mercier
 Michel Mercier
 Michelle Meunier
 Jacques Mézard
 Danielle Michel
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Gérard Miquel
 Thani Mohamed Soilihi
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Albéric de Montgolfier
 Patricia Morhet-Richaud
 Catherine Morin-Desailly
 Jean-Marie Morisset
 Philippe Mouiller
 Philippe Nachbar
 Christian Namy
 Louis Nègre
 Alain Néri
 Louis-Jean de Nicolaÿ
 Claude Nougein
 Jean-Jacques Panunzi
 Georges Patient
 François Patriat
 Philippe Paul
 Cyril Pellevat
 Daniel Percheron
 Marie-Françoise Perold-Dumont
 Cédric Perrin
 Jackie Pierre
 François Pillet
 Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Hervé Poher
 Rémy Pointereau
 Ladislav Poniatowski
 Hugues Portelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Sophie Primas
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin

Henri de Raincourt
 Michel Raison
 Daniel Raoul
 Claude Raynal
 André Reichardt
 Daniel Reiner
 Jean-Claude Requier
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Alain Richard
 Stéphanie Riocreux
 Didier Robert
 Sylvie Robert
 Gérard Roche
 Gilbert Roger
 Yves Rome
 Jean-Yves Roux

Bernard Saugey
 René-Paul Savary
 Michel Savin
 Patricia Schillinger
 Bruno Sido
 Abdourahamane Soilihi
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Henri Tandonnet
 Catherine Tasca
 Lana Tetuanui
 Nelly Tocqueville
 Jean-Louis Tourenne
 André Trillard
 Catherine Troendlé
 Alex Türk

Raymond Vall
 René Vandierendonck
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Michel Vaspart
 Alain Vasselle
 Yannick Vaugrenard
 Hilarion Vendegou
 Michel Vergoz
 Jean-Pierre Vial
 Maurice Vincent
 Jean Pierre Vogel
 Evelyne Yonnet
 Richard Yung
 François Zocchetto

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et Mme Isabelle Debré - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	343
Nombre des suffrages exprimés	343
Pour l'adoption	29
Contre	314

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 56

sur l'amendement n° 70, présenté par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales et sur l'amendement n° 87 rectifié, présenté par M. Francis Delattre, au nom de la commission des finances, tendant à insérer un article additionnel après l'article 51, du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	343
Pour	188
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :*Pour* : 1 M. Gilbert Barbier*Contre* : 16**GROUPE ÉCOLOGISTE (10) :***Contre* : 10**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :***Pour* : 3*N'ont pas pris part au vote* : 3**Ont voté pour :**

Philippe Adnot
 Pascal Allizard
 Gérard Bailly
 Gilbert Barbier
 François Baroin
 Philippe Bas
 Christophe Béchu
 Jérôme Bignon
 Annick Billon
 Jean Bizet
 Jean-Marie Bockel
 François Bonhomme
 Philippe Bonhecarrère
 Natacha Bouchart
 Gilbert Bouchet
 François-Noël Buffet
 Olivier Cadic
 François Calvet
 Christian Cambon
 Agnès Canayer
 Michel Canevet
 Jean-Pierre Cantegrit
 Vincent Capo-Canellas
 Jean-Noël Cardoux
 Jean-Claude Carle
 Caroline Cayeux
 Gérard César
 Anne Chain-Larché
 Patrick Chaize
 Pierre Charon
 Daniel Chasseing
 Alain Chatillon
 Olivier Cigolotti
 François Commeinhes
 Gérard Cornu
 Philippe Dallier
 René Danesi
 Mathieu Darnaud
 Serge Dassault
 Isabelle Debré
 Robert del Picchia
 Vincent Delahaye
 Francis Delattre
 Bernard Delcros
 Gérard Dériot
 Catherine Deroche
 Jacky Deromedi
 Marie-Hélène Des Esgaulx
 Chantal Deseyne
 Yves Détraigne
 Catherine Di Folco
 Élisabeth Doineau
 Éric Doligé
 Philippe Dominati
 Daniel Dubois
 Marie-Annick Duchêne
 Alain Dufaut
 Jean-Léonce Dupont
 Nicole Duranton

Louis Duvernois
 Jean-Paul Emorine
 Dominique Estrosi Sassone
 Hubert Falco
 Françoise Férat
 Michel Fontaine
 Michel Forissier
 Alain Fouché
 Bernard Fournier
 Jean-Paul Fournier
 Christophe-André Frassa
 Pierre Frogier
 Jean-Marc Gabouty
 Joëlle Garriaud-Maylam
 Françoise Gatel
 Jean-Claude Gaudin
 Jacques Gautier
 Jacques Genest
 Bruno Gilles
 Colette Giudicelli
 Nathalie Goulet
 Jacqueline Gourault
 Alain Gournac
 Sylvie Goy-Chavent
 Jean-Pierre Grand
 Daniel Gremillet
 François Grosdidier
 Jacques Groperrin
 Pascale Gruny
 Alain Chatillon
 Charles Guené
 Joël Guerriau
 Loïc Hervé
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-François Husson
 Corinne Imbert
 Sophie Joissains
 Chantal Jouanno
 Alain Joyandet
 Christiane Kammermann
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Guy-Dominique Kennel
 Claude Kern
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Jean-Jacques Lasserre
 Robert Laufoaulu
 Daniel Laurent
 Nuihau Laurey
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux

Jean-Baptiste Lemoyne
 Jean-Claude Lenoir
 Philippe Leroy
 Valérie Létard
 Anne-Catherine Loiseau
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet
 Vivette Lopez
 Jean-Claude Luche
 Michel Magras
 Claude Malhuret
 Didier Mandelli
 Alain Marc
 Hervé Marseille
 Patrick Masclat
 Jean Louis Masson
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Pierre Médevielle
 Colette Mélot
 Marie Mercier
 Michel Mercier
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Albéric de Montgolfier
 Patricia Morhet-Richaud
 Catherine Morin-Desailly
 Jean-Marie Morisset
 Philippe Mouiller
 Philippe Nachbar
 Christian Namy
 Louis Nègre
 Louis-Jean de Nicolaj
 Claude Nougéin
 Jean-Jacques Panunzi
 Philippe Paul
 Cyril Pellevat
 Cédric Perrin
 Jackie Pierre
 François Pillat
 Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Ladislav Poniatowski
 Hugues Portelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Sophie Primas
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin
 Henri de Raincourt
 Michel Raison
 André Reichardt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Didier Robert
 Gérard Roche
 Bernard Saugey
 René-Paul Savary
 Michel Savin

Bruno Sido
 Abdourahamane Soilihi
 Henri Tandonnet
 Lana Tetuanui
 André Trillard

Catherine Troendlé
 Alex Türk
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Michel Vaspert
 Alain Vasselle

Hilarion Vendegou
 Jean-Pierre Vial
 Jean Pierre Vogel
 François Zocchetto

Ont voté contre :

Patrick Abate
 Leila Aïchi
 Michel Amiel
 Michèle André
 Maurice Antiste
 Alain Anziani
 Aline Archimbaud
 Guillaume Arnell
 Éliane Assassi
 David Assouline
 Dominique Bailly
 Delphine Bataille
 Marie-France Beauflis
 Esther Benbassa
 Claude Bérit-Débat
 Michel Berson
 Alain Bertrand
 Jacques Bigot
 Michel Billout
 Marie-Christine Blandin
 Maryvonne Blondin
 Éric Bocquet
 Nicole Bonnefoy
 Jean-Pierre Bosino
 Yannick Botrel
 Corinne Bouchoux
 Jean-Claude Boulard
 Martial Bourquin
 Michel Boutant
 Nicole Bricq
 Henri Cabanel
 Jean-Pierre Caffet
 Pierre Camani
 Claire-Lise Campion
 Thierry Carcenac
 Jean-Louis Carrère
 Françoise Cartron
 Luc Carvounas
 Joseph Castelli
 Bernard Cazeau
 Jacques Chiron
 Karine Claireaux
 Laurence Cohen
 Yvon Collin
 Gérard Collomb
 Pierre-Yves Collombat
 Hélène Conway-Mouret
 Jacques Cornano
 Roland Courteau
 Cécile Cukierman
 Ronan Dantec
 Yves Daudigny

Marc Daunis
 Annie David
 Michel Delebarre
 Michelle Demessine
 Jean Desessard
 Félix Desplan
 Évelyne Didier
 Jérôme Durain
 Alain Duran
 Josette Durrieu
 Vincent Eblé
 Anne Emery-Dumas
 Philippe Esnol
 Frédérique Espagnac
 Christian Favier
 Corinne Féret
 Jean-Jacques Filleul
 François Fortassin
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 André Gattolin
 Catherine Génisson
 Samia Ghali
 Dominique Gillot
 Jacques Gillot
 Éliane Giraud
 Jean-Pierre Godefroy
 Brigitte Gonther-Maurin
 Gaëtan Gorce
 Jean-Noël Guérini
 Didier Guillaume
 Annie Guillemot
 Claude Haut
 Odette Herviaux
 Robert Hue
 Éric Jeansannetas
 Gisèle Jourda
 Mireille Jouve
 Philippe Kaltenbach
 Antoine Karam
 Bariza Khiari
 Georges Labazée
 Joël Labbé
 Françoise Laborde
 Bernard Lalande
 Serge Larcher
 Pierre Laurent
 Jean-Yves Leconte
 Claudine Lepage
 Jean-Claude Leroy
 Michel Le Scouarnec
 Marie-Noëlle Lienemann

Jeanny Lorgeoux
 Jean-Jacques Lozach
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard Magner
 Hermeline Malherbe
 Christian Manable
 François Marc
 Didier Marie
 Jean-Pierre Masseret
 Rachel Mazuir
 Michelle Meunier
 Jacques Mézard
 Danièle Michel
 Gérard Miquel
 Thani Mohamed Soilihi
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Alain Néri
 Georges Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Marie-Françoise Perol-Dumont
 Jean-Vincent Placé
 Hervé Poher
 Christine Prunaud
 Daniel Raoul
 Claude Raynal
 Daniel Reiner
 Jean-Claude Requier
 Alain Richard
 Stéphanie Riocreux
 Sylvie Robert
 Gilbert Roger
 Yves Rome
 Jean-Yves Roux
 Patricia Schillinger
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Catherine Tasca
 Nelly Tocqueville
 Jean-Louis Tourenne
 Raymond Vall
 René Vandierendonck
 Yannick Vaugrenard
 Paul Vergès
 Michel Vergoz
 Maurice Vincent
 Dominique Watrin
 Evelyne Yonnet
 Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	344
Nombre des suffrages exprimés	344
Pour l'adoption	189
Contre	155

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN N° 57

sur l'amendement n° 81, présenté par M. Francis Delattre au nom de la commission des finances, tendant à supprimer l'article 54 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	343
Pour	188
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 1 M. Gilbert Barbier

Contre : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Contre : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot	Jean-Marie Bockel	Michel Canevet
Pascal Allizard	François Bonhomme	Jean-Pierre Cantegrit
Gérard Bailly	Philippe Bonnacarrère	Vincent Capocanellas
Gilbert Barbier	Natacha Bouchart	Jean-Noël Cardoux
François Baroin	Gilbert Bouchet	Jean-Claude Carle
Philippe Bas	François-Noël Buffet	Caroline Cayeux
Christophe Béchu	Olivier Cadic	Gérard César
Jérôme Bignon	François Calvet	Anne Chain-Larché
Annick Billon	Christian Cambon	Patrick Chaize
Jean Bizet	Agnès Canayer	

Pierre Charon
Daniel Chasseign
Alain Chatillon
Olivier Cigolotti
François Commeinhes
Gérard Cornu
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des
Esgaulx
Chantal Deseyne
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick
Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Nicole Duranton
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Dominique Estrosi
Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat
Michel Fontaine
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André
Frassa
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Gariaud-
Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Bruno Gilles
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gourmac

Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Guerriau
Loïc Hervé
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Alain Joyandet
Christiane
Kammermann
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique
Kennel
Claude Kern
Marc Laméni
Élisabeth Lamure
Jean-Jacques Lasserre
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Nuihau Laurey
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-Pierre Leleux
Jean-Baptiste
Lemoyne
Jean-Claude Lenoir
Philippe Leroy
Valérie Létard
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Gérard Longuet
Vivette Lopez
Jean-Claude Luche
Michel Magras
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Patrick Masclat
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Pierre Médevielle
Colette Mélot
Marie Mercier

Ont voté contre :

Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron

Luc Carvounas
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Hélène Conway-
Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre

Michelle Demessine	Mireille Jouve	Franck Montaugé
Jean Desessard	Philippe Kaltenbach	Alain Néri
Félix Desplan	Antoine Karam	Georges Patient
Évelyne Didier	Bariza Khiari	François Patriat
Jérôme Durain	Georges Labazée	Daniel Percheron
Alain Duran	Joël Labbé	Marie-Françoise Perol-Dumont
Josette Durrieu	Françoise Laborde	Jean-Vincent Placé
Vincent Eblé	Bernard Lalande	Hervé Poher
Anne Emery-Dumas	Serge Larcher	Christine Prunaud
Philippe Esnol	Pierre Laurent	Daniel Raoul
Frédérique Espagnac	Jean-Yves Leconte	Claude Raynal
Christian Favier	Claudine Lepage	Daniel Reiner
Corinne Féret	Jean-Claude Leroy	Jean-Claude Requier
Jean-Jacques Filleul	Michel Le Scouarnec	Alain Richard
François Fortassin	Marie-Noëlle Lienemann	Stéphanie Riocreux
Thierry Foucaud	Jeanny Lorgeoux	Sylvie Robert
Jean-Claude Frécon	Jean-Jacques Lozach	Gilbert Roger
André Gattolin	Roger Madec	Yves Rome
Catherine Génisson	Philippe Madrelle	Jean-Yves Roux
Samia Ghali	Jacques-Bernard Magnier	Patricia Schillinger
Dominique Gillot	Hermeline Malherbe	Jean-Pierre Sueur
Jacques Giraud	Christian Manable	Simon Sutour
Éliane Giraud	François Marc	Catherine Tasca
Jean-Pierre Godefroy	Didier Marie	Nelly Tocqueville
Brigitte Gonthier-Maurin	Jean-Pierre Masseret	Jean-Louis Tourenne
Gaëtan Gorce	Rachel Mazuir	Raymond Vall
Jean-Noël Guérini	Michelle Meunier	René Vandierendonck
Didier Guillaume	Jacques Mézard	Yannick Vaugrenard
Annie Guillemot	Danielle Michel	Paul Vergès
Claude Haut	Gérard Miquel	Michel Vergoz
Odette Herviaux	Thani Mohamed	Maurice Vincent
Robert Hue	Soilihi	Dominique Watrin
Éric Jeansannetas	Marie-Pierre Monier	Evelyne Yonnet
Gisèle Jourda		Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 58

sur l'amendement n° 82, présenté par M. Francis Delattre au nom de la commission des finances, tendant à supprimer l'article 55 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	343
Pour	188
Contre	155

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 1 M. Gilbert Barbier

Contre : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Contre : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot	Élisabeth Doineau	Christiane Kammermann
Pascal Allizard	Éric Doligé	Roger Karoutchi
Gérard Bailly	Philippe Dominati	Fabienne Keller
Gilbert Barbier	Daniel Dubois	Guy-Dominique Kennel
François Baroin	Marie-Annick Duchène	Claude Kern
Philippe Bas	Alain Dufaut	Marc Laménie
Christophe Béchu	Jean-Léonce Dupont	Élisabeth Lamure
Jérôme Bignon	Nicole Duranton	Jean-Jacques Lasserre
Annick Billon	Louis Duvernois	Robert Lafoaoulu
Jean Bizet	Jean-Paul Emorine	Daniel Laurent
Jean-Marie Bockel	Dominique Estrosi Sassone	Nuihau Laurey
François Bonhomme	Hubert Falco	Antoine Lefèvre
Philippe Bonhecarrère	Françoise Férat	Jacques Legendre
Natacha Bouchart	Michel Fontaine	Dominique de Legge
Gilbert Bouchet	Michel Forissier	Jean-Pierre Leleux
François-Noël Buffet	Alain Fouché	Jean-Baptiste Lemoyne
Olivier Cadic	Bernard Fournier	Jean-Claude Lenoir
François Calvet	Jean-Paul Fournier	Philippe Leroy
Christian Cambon	Christophe-André Frassa	Valérie Létard
Agnès Canayer	Pierre Frogier	Anne-Catherine Loisier
Michel Canevet	Jean-Marc Gabouty	Jean-François Longeot
Jean-Pierre Cantegrit	Joëlle Garriaud-Maylam	Gérard Longuet
Vincent Capocanellas	Françoise Gatel	Vivette Lopez
Jean-Noël Cardoux	Jean-Claude Gaudin	Jean-Claude Luche
Jean-Claude Carle	Jacques Gautier	Michel Magras
Caroline Cayeux	Jacques Genest	Claude Malhuret
Gérard César	Bruno Gilles	Didier Mandelli
Anne Chain-Larché	Colette Giudicelli	Alain Marc
Patrick Chaize	Nathalie Goulet	Hervé Marseille
Pierre Charon	Jacqueline Gourault	Patrick Masclat
Daniel Chasseing	Alain Gournac	Jean Louis Masson
Alain Chatillon	Sylvie Goy-Chavent	Hervé Maurey
Olivier Cigolotti	Jean-Pierre Grand	Jean-François Mayet
François Commeinhes	Daniel Gremillet	Pierre Médevielle
Gérard Cornu	François Grosdidier	Colette Mélot
Philippe Dallier	Jacques Groperrin	Marie Mercier
René Danesi	Pascale Gruny	Michel Mercier
Mathieu Darnaud	Charles Guené	Brigitte Micouleau
Serge Dassault	Joël Gueriau	Alain Milon
Isabelle Debré	Loïc Hervé	Albéric de Montgolfier
Robert del Picchia	Michel Houel	Patricia Morhet-Richaud
Vincent Delahaye	Alain Houpert	Catherine Morin-Desailly
Francis Delattre	Christiane Hummel	Jean-Marie Morisset
Bernard Delcros	Benoît Huré	Philippe Mouiller
Gérard Dériot	Jean-François Husson	Philippe Nachbar
Catherine Deroche	Corinne Imbert	Christian Namy
Jacky Deromedi	Sophie Joissains	Louis Nègre
Marie-Hélène Des Esgaulx	Chantal Jouanno	Louis-Jean de Nicolay
Chantal Deseyne	Alain Joyandet	
Yves Détraigne		
Catherine Di Folco		

Claude Nougéin
Jean-Jacques Panunzi
Philippe Paul
Cyril Pellevat
Cédric Perrin
Jackie Pierre
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Sophie Primas
Catherine Procaccia

Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Michel Raison
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Didier Robert
Gérard Roche
Bernard Saugéy
René-Paul Savary
Michel Savin
Bruno Sido
Abdourahamane
Soilihi
Henri Tandonnet

Ont voté contre :

Patrick Abate
Leïla Aïchi
Michel Amiel
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
Éliane Assassi
David Assouline
Dominique Bailly
Delphine Bataille
Marie-France Beaufils
Esther Benbassa
Claude Bérît-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jacques Bigot
Michel Billout
Marie-Christine
Blandin
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy

Jean-Pierre Bosino
Yannick Botrel
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
Henri Cabanel
Jean-Pierre Caffet
Pierre Camani
Claire-Lise Champion
Thierry Carcenac
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Bernard Cazeau
Jacques Chiron
Karine Claireaux
Laurence Cohen
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat

Lana Tetuanui
André Trillard
Catherine Troendlé
Alex Türk
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Alain Vasselle
Hilarion Vendegou
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
François Zocchetto

Hélène Conway-
Mouret
Jacques Cornano
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Ronan Dantec
Yves Daudigny
Marc Daunis
Annie David
Michel Delebarre
Michelle Demessine
Jean Desessard
Félix Desplan
Évelyne Didier
Jérôme Durain
Alain Duran
Josette Durrieu
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Christian Favier
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul

François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
André Gattolin
Catherine Génissou
Samia Ghali
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonther-
Maurin
Gaëtan Gorce
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Odette Herviaux
Robert Hue
Éric Jeansannetas
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Philippe Kaltenbach
Antoine Karam
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde
Bernard Lalande
Serge Larcher
Pierre Laurent

Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Jean-Claude Leroy
Michel Le Scouarnec
Marie-Noëlle
Lienemann
Jeanny Lorgeoux
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner
Hermeline Malherbe
Christian Manable
François Marc
Didier Marie
Jean-Pierre Masseret
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Jacques Mézard
Danielle Michel
Gérard Miquel
Thani Mohamed
Soilihi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Alain Néri
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron

Marie-Françoise Perol-
Dumont
Jean-Vincent Placé
Hervé Poher
Christine Prunaud
Daniel Raoul
Claude Raynal
Daniel Reiner
Jean-Claude Requier
Alain Richard
Stéphanie Riocreux
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Yves Rome
Jean-Yves Roux
Patricia Schillinger
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Nelly Tocqueville
Jean-Louis Tourenne
Raymond Vall
René Vandierendonck
Yannick Vaugrenard
Paul Vergès
Michel Vergoz
Maurice Vincent
Dominique Watrin
Evelyne Yonnet
Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

Prix du numéro : **3,90 €**