

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 16 novembre 2018

(20^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. VINCENT DELAHAYE

Secrétaires :

Mmes Jacky Deromedi, Françoise Gatel.

1. Procès-verbal (p. 15626)
2. Financement de la sécurité sociale pour 2019. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 15626)

QUATRIÈME PARTIE (SUITE) (p. 15626)

Articles additionnels après l'article 33 (*suite*) (p. 15626)

Amendements identiques n° 39 rectifié *bis* de Mme Brigitte Micouleau, 238 rectifié *bis* de Mme Martine Berthet, 286 rectifié de Mme Jocelyne Guidez et 401 rectifié de M. Yves Daudigny. – Adoption des amendements n° 39 rectifié *bis*, 238 rectifié *bis* et 401 rectifié insérant un article additionnel, l'amendement n° 286 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 575 rectifié *bis* de Mme Laurence Rossignol. – Retrait.

Amendement n° 576 rectifié *bis* de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Amendement n° 581 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Article 34 (p. 15631)

M. Bernard Jomier

Mme Corinne Féret

Amendement n° 633 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 617 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 386 rectifié de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 621 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 620 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 34 (p. 15638)

Amendement n° 566 rectifié de M. Xavier Iacovelli. – Retrait.

Article 35 (p. 15639)

M. Abdallah Hassani

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 35 (p. 15639)

Amendement n° 528 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 529 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 36 (p. 15641)

Amendement n° 626 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 36 *bis* (nouveau) – Adoption. (p. 15642)

Article 37 (p. 15642)

Mme Patricia Schillinger

Amendement n° 347 rectifié de M. Michel Vaspert. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 38 (p. 15643)

M. Bernard Jomier

Mme Laurence Cohen

M. Michel Amiel

Amendement n° 106 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne. – Retrait.

Amendement n° 627 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 464 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 613 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 38 (p. 15647)

Amendement n° 306 rectifié de M. François Bonhomme. – Retrait.

Amendement n° 135 rectifié de Mme Jacky Deromedi. – Retrait.

Article 38 *bis* (nouveau) (p. 15649)

Amendement n° 80 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Amendement n° 338 de M. Michel Amiel. – Devenu sans objet.

Amendement n° 339 de M. Dominique Théophile. – Devenu sans objet.

Article 39 (p. 15649)

Amendement n° 236 rectifié de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 39 (p. 15650)

Amendement n° 341 de M. Michel Amiel. – Retrait.

Article 39 *bis* (*nouveau*) (p. 15651)

Amendement n° 533 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 81 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 39 *bis* (p. 15655)

Amendements identiques n°s 10 rectifié *quater* de Mme Dominique Estrosi Sassone, 50 rectifié *ter* de M. Olivier Paccaud, 288 rectifié de M. Jean-Paul Prince, 368 rectifié *ter* de M. Jean-Claude Tissot et 590 rectifié de Mme Françoise Laborde. – Retrait des cinq amendements.

Amendement n° 342 de M. Michel Amiel. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 343 de M. Michel Amiel. – Devenu sans objet.

Amendement n° 344 de M. Michel Amiel. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 40 (p. 15659)

M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social

Mme Cathy Apourceau-Poly

Mme Corinne Féret

Mme Patricia Schillinger

Amendement n° 82 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 83 de la commission. – Retrait.

Amendements identiques n°s 190 rectifié de Mme Brigitte Micouveau, 369 rectifié *quater* de M. Jean-Claude Tissot et 588 rectifié de Mme Françoise Laborde. – Retrait des trois amendements.

Amendement n° 13 rectifié *bis* de Mme Dominique Estrosi Sassone. – Retrait.

Amendement n° 402 rectifié de M. Yves Daudigny. – Rejet.

Amendement n° 535 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 84 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 34 rectifié de Mme Brigitte Micouveau. – Retrait.

Amendement n° 30 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 40 (p. 15667)

Amendement n° 141 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 398 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Amendement n° 399 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Article 41 (p. 15669)

M. Bernard Bonne, rapporteur

Amendement n° 536 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 15670)

PRÉSIDENTE DE M. PHILIPPE DALLIER

Amendements identiques n°s 85 de la commission et 596 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 41 (p. 15672)

Amendement n° 42 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 41 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 539 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendements identiques n°s 424 rectifié de Mme Monique Lubin et 537 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 169 rectifié *ter* de Mme Nassimah Dindar. – Retrait.

Amendement n° 420 rectifié de Mme Monique Lubin. – Retrait.

Amendement n° 372 rectifié *bis* de M. Jean-Claude Tissot. – Retrait.

Article additionnel avant l'article 42 (p. 15677)

Amendement n° 234 rectifié *quater* de M. Jean-Pierre Decool. – Retrait.

Article 42 (p. 15678)

Mme Catherine Deroche, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Laurence Cohen

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé

Mme Catherine Deroche, rapporteur

M. Michel Amiel

Amendement n° 630 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 33 rectifié *ter* de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Rejet.

Amendement n° 86 rectifié de la commission. – Retrait.

Amendement n° 350 de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Amendement n° 205 rectifié *bis* de Mme Annie Delmont-Koropoulis. – Retrait.

Amendement n° 186 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 237 rectifié de Mme Martine Berthet. – Rejet.

Amendement n° 231 rectifié *quater* de M. Jean-Pierre Decool. – Non soutenu.

Amendement n° 400 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Rejet.

Amendement n° 619 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 88 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 87 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 42 (p. 15691)

Amendement n° 540 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 542 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 167 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 628 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 42 *bis* (nouveau) (p. 15696)

Amendement n° 89 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 43 (p. 15696)

Mme Colette Mélot

Amendement n° 90 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 223 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 543 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 618 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 206 rectifié de Mme Annie Delmont-Koropoulis et 222 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Devenus sans objet.

Amendement n° 91 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 250 rectifié de M. Jean Sol et 352 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Devenus sans objet.

Amendement n° 632 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 631 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 92 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 43 (p. 15702)

Amendement n° 544 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 43 *bis* (nouveau) (p. 15702)

Mme Catherine Deroche, rapporteur

Mme Agnès Buzyn, ministre

Adoption de l'article.

Article additionnel avant l'article 44 (p. 15703)

Amendement n° 93 de la commission. – Adoption, par scrutin public n° 19, de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 44 (p. 15707)

Mme Corinne Féret

Amendements identiques n° 416 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny et 546 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 94 de la commission. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Amendement n° 159 de M. Jean-Louis Tourenne. – Devenu sans objet.

Amendement n° 547 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 226 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 548 de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendement n° 413 rectifié de M. Jean-Louis Tourenne. – Devenu sans objet.

Amendement n° 227 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Article additionnel après l'article 44 (p. 15713)

Amendement n° 444 rectifié *bis* de M. Victorin Lurel. – Rejet.

Article 45 (p. 15713)

Mme Patricia Schillinger

Adoption de l'article.

Article 46 (p. 15714)

M. Antoine Karam

Amendement n° 2 rectifié *bis* de Mme Viviane Malet. – Rejet.

Amendement n° 419 rectifié de Mme Corinne Féret. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 47 (p. 15716)

Mme Laurence Cohen

Mme Patricia Schillinger

Amendement n° 95 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 634 de la commission. – Adoption.

Mme Catherine Conconne

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 47 (p. 15719)

Amendement n° 408 rectifié de M. Yves Daudigny. – Retrait.

Article 47 *bis* (nouveau) (p. 15720)

Mme Michelle Meunier

Adoption de l'article.

Article 47 *ter* (nouveau) – Adoption. (p. 15720)Article 47 *quater* (nouveau) (p. 15721)

Amendement n° 96 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 47 *quinquies* (nouveau) (p. 15721)

Amendement n° 97 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 48 – Adoption. (p. 15721)

Article 49 (p. 15722)

Amendements identiques n°s 423 rectifié de Mme Monique Lubin et 555 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Adoption de l'article.

Articles 50, 51, 51 *bis* (nouveau) et 52 – Adoption. (p. 15727)

Article 53 (p. 15728)

Amendement n° 557 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 54 (p. 15730)

Mme Corinne Féret

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 54 (p. 15730)

Amendements identiques n° 387 rectifié de Mme Corinne Féret et 558 de Mme Laurence Cohen. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 181 rectifié *ter* de M. Cédric Perrin. – Retrait.

Amendement n° 465 rectifié *ter* de M. Bernard Jomier. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 550 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 440 rectifié de M. Victorin Lurel. – Rejet.

Amendement n° 474 rectifié de Mme Nicole Bonnefoy. – Adoption de l'amendement insérant un article.

Amendement n° 559 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 54 *bis* (nouveau) – Adoption. (p. 15737)

Article 55 (p. 15737)

Amendement n° 565 rectifié *bis* de M. Olivier Henno. – Non soutenu.

Adoption de l'article.

Articles 56 à 58 – Adoption. (p. 15738)

Article additionnel après l'article 58 (p. 15738)

Amendement n° 473 rectifié de M. Jean-Claude Tissot. – Rejet.

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

Renvoi de la suite de la discussion.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre

3. **Ordre du jour** (p. 15740)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. VINCENT DELAHAYE

vice-président

Secrétaires :

Mme Jacky Deromedi,
Mme Françoise Gatel.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

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

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

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

2

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2019

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2019 (projet n° 106, rapport n° 111 [tomes I à III], avis n° 108).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons, au sein du titre I^{er} de la quatrième partie, l'examen d'amendements tendant à insérer un article additionnel après l'article 33.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019

TITRE I^{er} (SUITE)

TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS

Articles additionnels après l'article 33 (suite)

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

L'amendement n° 39 rectifié *bis* est présenté par Mmes Micouveau, Deseyne, Bonfanti-Dossat, Bories et Bruguière, MM. Chatillon et Cuyper, Mme L. Darcos,

M. Daubresse, Mmes Deromedi, Duranton et Garriaud-Maylam, MM. Grand et Gremillet, Mme Gruny, MM. Houpert et Husson, Mme Imbert, MM. Karoutchi, D. Laurent, Lefèvre, Mandelli et Mayet, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset, Mouiller, Segouin et Sol.

L'amendement n° 238 rectifié *bis* est présenté par Mmes Berthet et A.M. Bertrand, M. Buffet, Mmes Malet et Lamure, M. Laménié, Mme Lavarde, MM. Sido et Revet, Mme Raimond-Pavero, MM. Bonhomme, Brisson, Chaize et de Nicolaj, Mme Delmont-Koropoulis, M. Paccaud, Mme Noël et MM. Ginesta, Genest et Magras.

L'amendement n° 286 rectifié est présenté par Mmes Guidez, Dindar et C. Fournier et MM. Henno et Mizzon.

L'amendement n° 401 rectifié est présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certainis et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Van Heghe, M. Fichet, Mmes Blondin et Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du dernier alinéa de l'article L. 4381-1 du code de la santé publique est supprimée.

La parole est à Mme Brigitte Micouveau, pour présenter l'amendement n° 39 rectifié *bis*.

Mme Brigitte Micouveau. Cet amendement a pour objet de permettre aux étudiants en orthoptie d'effectuer, durant leur cursus universitaire, des stages pratiques en cabinet d'orthoptie de ville, afin qu'ils puissent connaître la particularité du travail en exercice libéral.

En effet, seuls les orthoptistes salariés peuvent aujourd'hui recevoir des stagiaires, réduisant de fait la visibilité et l'attractivité de l'exercice libéral auprès des jeunes générations, qui n'ont pas l'occasion de s'y familiariser.

Il est donc proposé de lever l'interdiction faite aux libéraux d'accroître leur activité rémunérée, grâce à la présence d'un stagiaire, qui, par nature, permet à son formateur de gagner du temps sur ses tâches.

Il importe de préserver le pilier libéral de la profession, qui garantit aux Français un accès à des soins visuels de qualité sur le territoire, en ouvrant cette possibilité.

M. le président. La parole est à Mme Martine Berthet, pour présenter l'amendement n° 238 rectifié *bis*.

Mme Martine Berthet. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n°286 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n°401 rectifié.

M. Yves Daudigny. Mes arguments sont les mêmes. L'amendement est défendu, monsieur le président.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. La commission a émis un avis favorable sur ces amendements identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. S'il est tout à fait légitime d'élargir et de diversifier les offres de lieux de stage pour tous les professionnels, la nature de la relation entre un stagiaire et le professionnel serait tout à fait dénaturée par une telle possibilité de facturer. De plus, le stagiaire est sous la pleine et entière responsabilité de celui qui l'accueille. Il n'y a absolument pas lieu de l'autoriser à procéder seul à une facturation.

Je suis très défavorable à ces amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 39 rectifié *bis*, 238 rectifié *bis* et 401 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 33.

L'amendement n°575 rectifié *bis*, présenté par Mmes Rossignol, Meunier, Jasmin, Lepage, M. Filleul, Monier, Grelet-Certenais et Conway-Mouret, MM. Cabanel, Tourenne, Jacquin, Assouline, Iacovelli et Roger, Mmes Guillemot et Espagnac, M. Mazuir, Mme Tocqueville, MM. M. Bourquin et Lalonde, Mme Ghali, M. Duran, Mme Artigalas, MM. Féraud, Durain et Manable, Mme Féret, M. Jomier et Mmes S. Robert et Blondin, est ainsi libellé :

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2020, un rapport évaluant le coût des frais médicaux et para-médicaux restant à la charge des victimes de violences sexistes et sexuelles. Ce rapport s'attache à étudier les pistes de politiques publiques visant à garantir une prise en charge intégrale des frais générés par ces violences par la sécurité sociale.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Permettez-moi d'indiquer tout d'abord, à titre liminaire, que je n'ai pas d'inclination particulière pour les études et les rapports. Cela étant, il ne vous aura pas échappé, madame la ministre, que, lorsqu'un parlementaire souhaite faire une proposition en matière de santé publique ou de couverture des soins, il n'a pas d'autre choix que d'utiliser le biais de l'amendement visant à demander la remise d'un rapport. J'utilise donc dans cet amendement, ainsi que dans le suivant, la « méthode rapport » !

L'amendement n°575 rectifié *bis* porte sur la prise en charge des soins des personnes ayant été victimes de violences sexuelles. Aujourd'hui, les victimes mineures bénéficient à vie d'une couverture à 100 %, dès lors qu'elles ont été identifiées comme victimes durant leur minorité.

On sait chaque jour davantage combien les violences sexuelles, qu'elles aient été commises dans l'enfance ou plus tard, impactent la santé des victimes et sont à l'origine de nombreuses pathologies – souffrances, dépressions, troubles psychiques ou physiques – nécessitant des soins très importants.

Lors de l'examen, en juillet dernier, du projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, Mme la secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations avait admis ce constat et indiqué, pour repousser un amendement du même type que celui que je dépose aujourd'hui, que ce sujet serait traité à terme.

Le présent amendement, madame la ministre, vise donc à permettre une réflexion sur ce sujet et à prévoir la réalisation d'une étude d'impact, d'une véritable évaluation de la prise en charge des soins des victimes de viols et violences sexuelles, y compris de celles qui en ont été victimes après leur minorité.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La loi du 3 août 2018, que vient d'évoquer Mme Rossignol, prévoit déjà la remise, chaque année, d'un rapport sur la politique de lutte contre les violences sexuelles. Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes comporte une commission « Violences de genre », qui attire l'attention des pouvoirs publics sur des problématiques telles que la prise en charge des soins des victimes. L'extension de la prise en charge à 100 % aux victimes majeures pourrait être examinée dans ce cadre.

La commission demande donc le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous sommes évidemment très sensibles à la question que vous posez, madame Rossignol, mais nous pensons que le problème n'est pas réellement le reste à charge des personnes ayant été victimes de violences sexuelles. Aujourd'hui, 95 % des assurés ont une complémentaire santé. En outre, le reste à charge en France est l'un des plus faibles au monde. La question n'est donc pas tant celle du ticket modérateur que celle de la prise en charge de soins qui, actuellement, ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Je pense notamment à la prise en charge psychologique. La question du reste à charge me semble donc être un mauvais angle d'attaque de la problématique de la prise en charge médicale et psychique des victimes de violences.

Le Gouvernement a parfaitement identifié un besoin. Il y a répondu par un appel à projets, qui a abouti à la création en France de dix centres de prise en charge des personnes victimes de violences psychiques et sexuelles, lesquels seront dotés de crédits issus du FIR, le fonds d'intervention régional. Ils auront pour mission de créer un réseau de prise en charge dans chaque région. Nous veillons donc à ce que ces personnes bénéficient d'une prise en charge psychologique effective.

Par ailleurs, cette expérimentation fera l'objet d'un rapport annuel, qui sera rendu public. Il permettra de juger réellement de l'effectivité de l'accès aux droits. Votre amendement me paraît donc satisfait. Il me semble que, davantage qu'un rapport centré sur le reste à charge, notre angle d'approche plus holistique de la prise en charge permettra de mieux répondre, sur le fond, à la problématique que vous soulevez.

Je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 575 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Vous l'avez compris, madame la ministre, notre objectif était de vous interroger et de vous permettre de vous exprimer sur la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences sexuelles.

Permettez-moi juste de faire une remarque sur la question du reste à charge. Il est vrai que le taux de couverture par une assurance complémentaire est très élevé en France. Mais on sait aussi que le niveau de couverture offert par ces assurances est extrêmement variable. Le taux de 95 % de couverture cache de grandes disparités. Cette remarque vaut pour tous les sujets.

En tout cas, nous suivrons avec intérêt, madame la ministre, les mesures que vous venez d'annoncer.

Cela étant dit, je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 575 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 576 rectifié *bis*, présenté par Mmes Rossignol, Lepage, Jasmin, Meunier, M. Filleul et Monier, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Grelet-Certenais, M. Cabanel, Mme Conway-Mouret, MM. Assouline, Iacovelli et Roger, Mmes Guillemot et Espagnac, M. Mazuir, Mme Tocqueville, MM. Marie et Lalande, Mme Ghali, M. Duran, Mme Artigalas, MM. Féraud, Durain et Manable et Mmes Féret et Blondin, est ainsi libellé :

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport visant à examiner les modalités de prise en charge intégrale de tous les moyens de contraception existants par l'assurance maladie.

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. J'applique donc la même « méthode rapport » à la question de l'accès à la contraception !

On l'a oublié – sauf peut-être ceux qui ont porté cette revendication –, mais, voilà un certain nombre d'années, on revendiquait le droit à une contraception libre et gratuite. Or la gratuité ne s'est pas traduite comme on l'aurait voulu, et ce pour deux raisons.

Il existe d'abord de nombreuses disparités de remboursement parmi les contraceptifs prescrits, souvent justifiées par les autorités chargées d'évaluer l'efficacité des médicaments et de fixer leur taux de remboursement.

Ensuite, et surtout, on dit aux femmes de choisir leur contraception. Il n'y a pas de contraception imposée. On peut ainsi choisir un contraceptif local. Or tous les contraceptifs qui ne sont pas prescrits ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, à l'instar des spermicides, qui sont à la charge des patientes. On se focalise sur les contraceptifs oraux ou hormonaux, mais de nombreux autres contraceptifs ne sont pas remboursés. C'est là une grosse inégalité, qui pèse sur les femmes.

Si la contraception concerne à la fois les femmes et les hommes – les hommes sont assez concernés, car il s'agit de se prémunir contre une grossesse non désirée –, elle ne pèse que sur les femmes, que le contraceptif auquel elles ont recours soit remboursé ou non.

Madame la ministre, dans la droite ligne du « reste à charge zéro » pour les lunettes et les prothèses auditives, quand allons-nous poser le problème de la gratuité de la contraception, laquelle me paraît aujourd'hui nécessaire ?

Certes, les statistiques montrent une diminution du nombre de grossesses précoces, mais là n'est pas la question. C'est un problème d'inégalité économique. Alors que les femmes sont moins payées, qu'elles sont plus exposées à la précarité, qu'elles sont plus pauvres, elles doivent en plus payer leur contraception. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Les rapports sur l'accès aux moyens de contraception existent déjà. La Haute Autorité de santé, la HAS, a dressé en avril 2013 un état des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès au choix d'une contraception adaptée. L'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, a publié deux rapports : l'un en février 2010 sur la contraception et la contraception d'urgence, l'autre en avril 2015 sur l'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineurs.

Il est vrai que le sujet que vous évoquez est important. La commission souhaite donc entendre Mme la ministre sur cette question, comme sur l'amendement précédent. Elle suggère toutefois d'ores et déjà le retrait de cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Rossignol, votre question est intéressante. Permettez-moi de la replacer dans le contexte plus général de la prise en charge de la prévention.

La question que vous posez est évidemment légitime. Nous sommes tous sensibles au problème des grossesses précoces, à la précarité de certaines femmes, etc. En réalité, la question se pose de la même façon pour les vaccins et pour la prise en charge des médicaments contre l'hypertension artérielle, lesquels ne sont plus pris en charge à 100 % depuis que l'hypertension est considérée non plus comme une maladie, mais comme un facteur de risques.

En fait, nous devons nous demander collectivement comment nous pouvons faciliter l'accès de tous nos concitoyens aux dispositifs de prévention et aux médicaments. La réalité, c'est que notre système de couverture et de prise en charge à 100 % est essentiellement centré sur le curatif. J'ai entamé une réflexion sur ce sujet et j'aborde désormais les questions de prévention en renforçant considérablement les crédits qui y sont consacrés.

Il ne me paraît pas légitime de poser uniquement la question de la contraception. En réalité, les vaccins, ainsi que de nombreux autres dispositifs de prévention, sont tout aussi importants, et nous avons décidé de leur appliquer le régime de droit commun.

Par ailleurs, vous dites que la contraception ne repose que sur des médicaments destinés aux femmes.

Mme Laurence Rossignol. J'ai fait court !

Mme Agnès Buzyn, ministre. Oui, et j'ai bien compris que ce n'était pas le sujet.

Il est vrai que de nombreux dispositifs aujourd'hui ne sont pas remboursés, car ils n'ont pas été évalués. Or le remboursement répond en fait à des critères stricts d'évaluation scientifique. On sait en outre qu'un certain nombre de dispositifs sont nettement moins efficaces que les pilules pour prévenir les grossesses.

Cela étant dit, il se trouve que, lorsque je présidais la HAS, un fabricant de préservatifs a déposé une demande de remboursement, au motif que les préservatifs permettent de prévenir notamment les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses. C'était la première fois qu'un fabricant déposait une telle demande. Son dossier a suivi le même parcours que celui de n'importe quel autre dispositif médical. La Haute Autorité de santé a procédé à une évaluation scientifique et le Comité économique des produits de santé, le CEPS, négocie aujourd'hui le taux de remboursement du préservatif, que l'on considère utile pour prévenir les grossesses. On le voit, les choses évoluent. Le préservatif va pouvoir être remboursé sur prescription médicale, pour certaines femmes ou certains hommes, indifféremment. Nous avançons.

Je ne suis donc pas sûre qu'un rapport dédié à l'accès à la contraception soit utile. Nous menons une politique assez volontariste en matière de santé sexuelle, fondée sur une feuille de route. Il s'agit de renforcer l'accès aux soins et à la prévention pour les femmes et les hommes, afin de leur permettre d'accéder à une meilleure santé sexuelle. De nombreuses mesures figurant dans la feuille de route répondent à la problématique que vous soulevez.

Là encore, je trouve que vous abordez ce sujet sous un angle un peu trop restreint. Une politique générale doit permettre un meilleur accès à toutes les politiques de prévention, quelles qu'elles soient, notamment en santé sexuelle.

Je vous propose donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable. La feuille de route de la stratégie nationale de santé sexuelle fera évidemment l'objet d'une évaluation, qui vous permettra de juger la politique que nous menons.

M. le président. Madame Rossignol, l'amendement n° 576 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Laurence Rossignol. Je ferai deux remarques, madame la ministre.

Tout d'abord, j'hésite à inclure les questions liées à la contraception dans le domaine de la prévention, car la grossesse n'est pas une maladie, c'est un risque inhérent à une activité humaine relativement répandue. Or ce risque ne pèse que sur les femmes. Il s'agit, je le répète, de prévenir non pas une pathologie, mais une grossesse. Mon approche diffère un peu de la vôtre sur ces questions.

Ensuite, pour rédiger cet amendement, j'ai cherché des études, car je travaille par ailleurs sur les violences économiques faites aux femmes, c'est-à-dire tout ce qui accroît les inégalités entre les femmes et les hommes, comme le non-paiement des pensions alimentaires et les inégalités salariales ; je pense que la contraception en fait partie. J'ai consulté l'étude de l'IGAS qu'a mentionnée Mme la rapporteur, mais qui ne concerne que les mineurs, et celle, que vous connaissez probablement très bien, de la Haute Autorité de santé de 2013. Cette dernière se conclut par des tableaux tellement fins que je ne suis pas arrivée à évaluer le coût de la contraception pour les femmes. Or j'aimerais bien le connaître. Cela m'intéresse dans un contexte plus global.

Je soutiens votre approche et les mesures que vous avez annoncées, madame la ministre, mais je maintiens mon amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 576 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 581 rectifié, présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mmes Jouve et Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 33

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, au plus tard le 1^{er} janvier 2019, un bilan de l'application du décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé.

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement traite de problèmes que nous avons déjà abordés hier dans cet hémicycle – ceux que pose l'emploi de remplaçants et d'intérimaires dans les hôpitaux –, mais il me semble utile d'en « remettre une couche ».

De plus en plus d'hôpitaux, notamment les plus fragiles d'entre eux, situés dans des zones rurales et des zones peu attractives, sont concernés par ces difficultés.

L'explosion des rémunérations au sein des hôpitaux entraîne tout d'abord, comme cela a été dit hier, un problème économique et une déstabilisation des budgets, notamment des petits hôpitaux. Elle provoque ensuite assez fréquemment une désorganisation importante des services, conduisant parfois à la fermeture temporaire de certains d'entre eux au sein d'un hôpital.

Nous avons évoqué la question des maternités hier, chacun ayant parlé de son territoire. Sur le mien, le risque aujourd'hui est que certaines maternités ferment non pas parce qu'elles manquent de praticiens qui officient quotidiennement, mais parce que ces praticiens sont presque exclusivement des intérimaires. Les agences régionales de santé, les ARS, sensibles à la sécurité des parturientes, ce qui est une bonne chose, expliquent que la succession d'intérimaires ne permet pas une prise en charge de qualité. Le problème de l'intérim, on le voit, n'est donc pas que financier.

En outre, le recours à des intérimaires conduit à la création, au sein d'un hôpital, de deux catégories de médecins : les intérimaires, dont c'est le métier, et les titulaires, en CDI, qui subissent une double peine. Non seulement ces derniers sont moins bien payés, mais ils doivent également assurer les autres charges et missions de l'hôpital, s'occuper de qualité, de certification ou encore siéger dans les COMEDIMS, les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

Il s'agit donc d'un problème majeur, important, qu'il faut prendre à bras-le-corps, et je sais que vous le faites, madame la ministre, comme en atteste le décret que vous avez pris dernièrement et qui allait dans le bon sens. Je me suis dit qu'il allait permettre de régler le problème ; mais en fait, non : il n'a pas réglé l'ensemble des questions.

Mon amendement vise à demander au Gouvernement un bilan sur le travail temporaire des praticiens intérimaires, non pas pour obtenir des chiffres, mais pour que toutes les ARS, sur l'ensemble du territoire, se mettent autour de la table et adoptent une politique commune, coordonnée, afin de parvenir un jour, peut-être, à une situation plus stable.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement vise à demander au Gouvernement un bilan au 1^{er} janvier 2019 de l'application d'un décret datant de novembre 2017. Ce délai nous paraît un peu court !

Cela étant, la commission considère qu'il est important d'encadrer le recours aux praticiens intérimaires et souhaite entendre Mme la ministre sur cette question. Elle s'en est donc remise à la sagesse du Sénat, tout en émettant une réserve sur la date.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vous remercie, madame Guillotin, de me donner l'occasion de parler de ce sujet qui vous tient à cœur et qui m'a beaucoup agacée, vous l'avez compris, lorsque je suis arrivée au ministère l'année dernière.

Vous avez souligné les dérives effectives du dispositif des médecins remplaçants. Certains, que j'appelle les « mercenaires », font aujourd'hui commerce de la pénurie et se vendent aux plus offrants, à des prix qui grèvent le budget de nos hôpitaux. Il est évident qu'un hôpital ne peut pas fonctionner sans anesthésiste. Les chirurgiens ne peuvent alors pas travailler. Quand on manque d'anesthésistes, on est prêt à payer extrêmement cher pour en recruter.

Un cercle vicieux s'est installé. Certains professionnels quittent leur poste statutaire, car ils sont mieux payés en travaillant une semaine par mois en tant qu'intérimaire qu'en exerçant à plein temps dans un hôpital.

Face à ces pratiques que j'estime déviantes en termes de déontologie, j'ai publié un décret en date du 24 novembre 2017. Il prévoit que le salaire journalier brut d'un médecin remplaçant en 2018 ne peut dépasser 1 400 euros par vingt-quatre heures. Il ne pourra être supérieur à 1 300 euros en 2019 et à 1 170 euros en 2020.

À la suite de la publication de ce décret, un syndicat de médecins remplaçants a décidé de boycotter les hôpitaux publics, dont il a établi une liste noire. J'ai estimé que ce n'était pas déontologique. Mon ministère a donc déposé une plainte auprès de l'Ordre des médecins contre ces praticiens. Je suis attaquée aujourd'hui par ce syndicat, qui estime que le ministère n'a pas à s'opposer au choix d'un syndicat. La bataille, on le voit bien, ne fait que commencer. Elle est relayée dans la presse.

Il est important que nous ayons sur cette question un consensus des élus. Vous êtes les premiers à observer sur le terrain les difficultés de fonctionnement de nos hôpitaux. Comme moi, vous avez un certain sens du service public et considérez qu'il faut protéger les hôpitaux publics contre certaines dérives.

Je ne pense pas qu'un nouveau rapport soit vraiment utile, car le constat a déjà été fait par la direction générale de l'offre de soins, la DGOS. Les hôpitaux s'en plaignent. Tout le monde sait ce que ces pratiques représentent dans le budget de certains hôpitaux.

Le problème aujourd'hui est de trouver un moyen d'agir. Le ministère intervient, mais j'ai besoin du soutien des élus. La ministre que je suis ne peut pas porter seule la question de la pénurie de médecins et le problème des dérives de certains mercenaires qui font commerce de la médecine au risque de couler nos hôpitaux publics.

Cet amendement m'a permis d'aborder ce sujet. La question que je me pose aujourd'hui est : comment être plus proactive ? Je l'ai dit hier, il faut que tous les hôpitaux jouent le jeu. Si un hôpital venait à contourner le décret, tout le dispositif s'effondrerait. Je n'aurais alors plus de moyens de pression sur ces professionnels.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, madame la sénatrice. À défaut, j'émettrai un avis défavorable, car je ne souhaite pas un nouveau rapport. La situation est suffisamment connue.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour explication de vote.

M. Guillaume Arnell. Nous vous avons entendue, madame la ministre. Personnellement, je vous avais interpellée sur la situation de l'établissement hospitalier de Saint-Martin, qui est particulièrement difficile. Vous la connaissez, car vous avez eu l'occasion de visiter cet hôpital à plusieurs reprises.

Le problème n'est pas simplement la rémunération des intérimaires. Les avantages en nature dont ils bénéficient offusquent les autres médecins sur place. Dans mon territoire, en plus de leur salaire, les intérimaires ont droit à une prise en charge de leur hébergement, de leurs billets d'avion, d'un véhicule, etc.

La distorsion est si forte entre les professionnels de santé qu'il en résulte des tensions, lesquelles risquent, à terme, comme l'a très bien dit Mme Guillotin, d'hypothéquer la qualité des soins.

Les praticiens hospitaliers doivent aussi accomplir des tâches supplémentaires. Mme Guillotin l'a dit également. Ces médecins n'ont aucune autre obligation que celle d'assurer les gardes, et encore... Lorsqu'on fait appel à eux, ils demandent souvent à les effectuer !

Je vous comprends, madame la ministre. Un rapport ne servira peut-être pas à faire évoluer les comportements, mais il me semble nécessaire de dénoncer avec force ce type de pratique chaque fois que nous le pouvons, et ce de façon conjointe.

Je me tourne vers tous mes collègues médecins ici présents, qui ont tous une très forte éthique médicale. Nous ne devons pas laisser les « mercenaires », que j'appelle ainsi moi aussi, ternir l'image d'une profession de qualité, qui rend des services incommensurables.

M. le président. Madame Guillotin, l'amendement n° 581 rectifié est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Il me semble que ce sujet devrait être discuté au sein d'une conférence des ARS. Certaines ARS ont été assez proactives et ont formulé des propositions fortes, mais elles n'ont pas toujours été suivies par les ARS des territoires voisins.

Le problème vient du fait que nous sommes dans une période de transition. Je peux comprendre qu'un service qui n'a pas d'anesthésiste essaie de recruter celui d'une région voisine lorsque celle-ci met en place des mesures coercitives, quitte à lui payer le double de l'indemnité qu'il touchait précédemment.

Il me semble donc nécessaire de mettre en place un délai pour l'ensemble des ARS, sur l'ensemble du territoire. Sinon ça ne fonctionnera jamais, il y aura toujours une surenchère et les choses risquent même de s'aggraver.

Quoi qu'il en soit, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 581 rectifié est retiré.

TITRE II

AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

Chapitre I^{er}

LEVER LES OBSTACLES FINANCIERS À L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

Article 34

- ① I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 861-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④ « Les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 ont droit à une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions suivantes :
- ⑤ « 1° Sans acquitter de participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont inférieures à un plafond déterminé par décret ;
- ⑥ « 2° Sous réserve d'acquitter une participation financière lorsque leurs ressources ainsi que celles des autres personnes membres du même foyer sont comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 %.
- ⑦ « Le plafond mentionné aux 1° et 2° varie selon la composition du foyer. Il est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25. Le montant du plafond en résultant est arrondi à l'euro le plus proche, la fraction d'euro égale à 0,50 étant comptée pour 1. Le montant ainsi revalorisé est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. » ;
- ⑧ b) Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du foyer d'une personne mentionnée aux trois premiers alinéas. » ;
- ⑨ c) À la première phrase du troisième alinéa, les mots : « de l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de leurs frais de santé » ;
- ⑩ d) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions de bénéfice à titre personnel de la protection complémentaire des personnes dont les conditions de rattachement au foyer ont pris fin entre la dernière déclaration fiscale et la demande mentionnée à l'article L. 861-5. »
- ⑫ 2° Au second alinéa de l'article L. 861-2, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par la référence : « au 1° » ;
- ⑬ 3° L'article L. 861-3 est ainsi modifié :
- ⑭ a) Au premier alinéa, les mots : « , sans contrepartie contributive, » sont supprimés, les mots : « sous réserve » sont remplacés par les mots : « après application, le cas échéant, » et sont ajoutés les mots : « dont elles bénéficient » ;
- ⑮ b) À la fin du 3°, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;
- ⑯ c) Le huitième alinéa est supprimé ;
- ⑰ 4° Au a) de l'article L. 861-4, les mots : « , gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge de leurs frais de santé » et sont ajoutés les mots : « , y compris lorsque la demande de protection complémentaire en matière de santé a été instruite par un autre organisme » ;
- ⑱ 5° L'article L. 861-5 est ainsi modifié :
- ⑲ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑳ – à la première phrase, les mots : « d'attribution de la protection » sont remplacés par les mots : « de protection » et, à la fin, les mots : « du régime d'affiliation du demandeur » sont remplacés par les mots : « assurant la prise en charge des frais de santé du demandeur » ;
- ㉑ – après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elle est valable au titre de l'ensemble des personnes rattachées au foyer, y compris si elles ne relèvent pas de cet organisme pour la prise en charge de leurs frais de santé et, le cas échéant, pour le bénéfice des prestations mentionnées à l'article L. 861-3. » ;
- ㉒ – la seconde phrase est supprimée ;
- ㉓ b) À la fin de la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « du revenu de solidarité active pour les demandeurs et bénéficiaires de ce revenu » sont remplacés par les mots : « des prestations sociales et familiales » ;
- ㉔ c) Le troisième alinéa est ainsi modifié :
- ㉕ – à la fin de la première phrase, les mots : « prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse » sont remplacés par les mots : « notifiée au demandeur par le directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;
- ㉖ – à la deuxième phrase, après le mot : « contentieux », sont insérés les mots : « en application des articles L. 142-3 et L. 142-4 et du 3° de l'article L. 142-8 » ;
- ㉗ d) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ㉘ – au début, sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « La prise en charge mentionnée à l'article L. 861-3 prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision du directeur de l'organisme mentionné au troisième alinéa du présent article, sous réserve que l'assuré ait transmis les éléments nécessaires au paiement de la participation. Dans le cas contraire, cette prise en charge prend effet au premier jour du mois qui suit la réception de ces éléments. » ;
- ㉙ – à la première phrase, les mots : « la protection complémentaire en matière de santé » sont remplacés par les mots : « cette prise en charge » ;
- ㉚ e) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- 31 « Le droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-3 est renouvelé automatiquement à l'issue d'une période d'un an pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations. Le montant de leur participation est déterminé, le cas échéant, à chaque renouvellement. » ;
- 32 6° L'article L. 861-6 est abrogé ;
- 33 7° L'article L. 861-7 est ainsi modifié :
- 34 a) Au début du deuxième alinéa, les mots : « L'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « Le directeur du fonds mentionné à l'article L. 862-1 » ;
- 35 b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « l'autorité administrative » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'au c de l'article L. 862-7, le directeur du fonds mentionné au deuxième alinéa du présent article » ;
- 36 8° L'article L. 861-8 est ainsi modifié :
- 37 a) À la fin de la première phrase, les mots : « , sous réserve de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5 » sont remplacés par les mots : « à la date prévue au quatrième alinéa de l'article L. 861-5, sous réserve des autres dispositions de ce même alinéa » ;
- 38 b) La seconde phrase est complétée par les mots : « et, le cas échéant, la réception des éléments nécessaires au paiement de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 » ;
- 39 9° L'article L. 861-10 est ainsi modifié :
- 40 a) Après la première phrase du IV, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent également obtenir le remboursement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 non acquittée par l'assuré. » ;
- 41 b) À la deuxième phrase du même IV, les mots : « de l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « du directeur de l'organisme assurant la prise en charge de ses frais de santé » ;
- 42 b bis) La dernière phrase du même IV est supprimée ;
- 43 c) Au V, les mots : « des premier et troisième alinéas » sont supprimés ;
- 44 10° Le chapitre I^{er} est complété par un article L. 861-11 ainsi rédigé :
- 45 « *Art. L. 861-11.* – Le montant de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 est dû à l'organisme assurant la protection complémentaire par chaque personne bénéficiaire de la protection complémentaire mentionnée à l'article L. 861-3 et remplissant les conditions prévues au 2° de l'article L. 861-1. Son montant est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et varie selon l'âge du bénéficiaire. Il peut être adapté pour les assurés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire mentionnés à l'article L. 325-1 du présent code et à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime. Son montant annuel par bénéficiaire ne peut excéder 5 % du montant du plafond mentionné au 1° de l'article L. 861-1 du présent code pour une
- personne seule. Les modalités de notification et de recouvrement de la participation sont fixées par décret en conseil d'État.
- 46 « En l'absence de paiement par l'assuré de la participation financière pendant une durée déterminée, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire, après vérification de la situation du bénéficiaire, informe ce dernier que le bénéfice de son droit à la protection complémentaire en matière de santé sera suspendu s'il n'acquitte pas le montant dû dans un délai défini par décret en Conseil d'État.
- 47 « À l'expiration du délai et en l'absence de paiement, le directeur de l'organisme assurant la protection complémentaire suspend le bénéfice du droit. Il informe également l'intéressé que la suspension du droit ne prendra fin qu'à compter du paiement du montant de l'ensemble des participations échues qui n'ont pas été acquittées.
- 48 « L'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article a pour conséquence :
- 49 « 1° La fin de la suspension du bénéfice du droit à la protection complémentaire à partir du premier jour du mois qui suit la date d'acquittement de ce montant ;
- 50 « 2° L'abandon du recouvrement de toute autre somme correspondant, le cas échéant, aux frais de santé indûment pris en charge au titre de la protection complémentaire pendant la période de suspension du droit et au montant de la participation non acquittée.
- 51 « Par dérogation à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5, en l'absence d'acquittement du montant mentionné au troisième alinéa du présent article dans un délai déterminé par décret, le directeur de l'organisme assurant la prise en charge des frais de santé de l'intéressé met fin à la prise en charge prévue à l'article L. 861-3 pour la durée du droit à la protection complémentaire restant à courir. Cette décision est notifiée à l'intéressé.
- 52 « Les conditions d'application de la suspension et de la fermeture du droit sont précisées par décret en Conseil d'État. » ;
- 53 11° L'article L. 862-1 est ainsi modifié :
- 54 a) À la fin du premier alinéa, les mots : « et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1 » sont supprimés ;
- 55 b) À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie » sont remplacés par les mots : « Fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire » ;
- 56 c) Au troisième alinéa, les mots : « prévu à » sont remplacés par les mots : « prévu au 1° de » ;
- 57 12° L'article L. 862-2 est ainsi modifié :
- 58 a) Le premier alinéa du a est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les bénéficiaires redevables de la participation mentionnée au 2° de l'article L. 861-1, ces dépenses sont affectées d'un coefficient de majoration au titre des frais de gestion fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et minorées du montant des participations dues à l'organisme assurant la protection complémentaire. » ;

- 59) *b)* Le deuxième alinéa du même *a* est supprimé;
- 60) *c)* Le *b* et le *c* sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- 61) « *b)* Par les frais de gestion administrative du fonds.
- 62) « Les modalités d'application du *a* sont précisées par décret. » ;
- 63) 13° L'article L. 862-4 est ainsi modifié :
- 64) *a)* Le deuxième alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée : « La participation financière de l'assuré mentionnée au 2° de l'article L. 861-1 n'est pas assujettie à la taxe. » ;
- 65) *b)* Au III, les mots : « aux *a* et *b* de l'article L. 862-2 » sont remplacés par les mots : « au *a* de l'article L. 862-2 et des sommes versées au titre de l'article L. 862-4-1 » ;
- 66) 14° À l'article L. 862-6, les mots : « au fonds » sont remplacés par les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;
- 67) 15° L'article L. 862-7 est ainsi modifié :
- 68) *a)* Au *a*, les références : « aux *a* et *b* » sont remplacées par la référence : « au *a* » ;
- 69) *b)* Le *c* est ainsi modifié :
- 70) – les mots : « ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III du même article » sont remplacés par les mots : « , aux cotisations assujetties à la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 au titre des contrats conclus en application de l'article L. 911-1, au nombre de personnes assurées ainsi que les éléments nécessaires à la détermination des informations mentionnées au III de l'article L. 862-4 » ;
- 71) – les mots : « les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 862-6 et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux bénéficiaires, aux participations versées par ces bénéficiaires en application du 2° de l'article L. 861-1, ainsi que » ;
- 72) *c)* Au *d*, les mots : « le nombre de personnes prises en charge et » sont remplacés par les mots : « les informations relatives aux personnes prises en charge, notamment leur nombre et leur âge, » et sont ajoutés les mots : « , ainsi que le montant des participations susmentionnées » ;
- 73) *d)* L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 74) « Sur cette base, le fonds mentionné à l'article L. 862-1 établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires mentionné au 2° de l'article L. 861-1 ainsi que l'évolution du montant des cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes » ;
- 75) *e)* Au dernier alinéa, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre » ;
- 76) 16° Les chapitres III et IV sont abrogés.
- 77) II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 78) 1° Au 1° de l'article L. 114-17-1, les mots : « , de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 » sont supprimés ;
- 79) 2° À la fin de l'article L. 142-3, les références : « des articles L. 861-5 et L. 863-3 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 861-5 » ;
- 80) 3° Au dernier alinéa de l'article L. 160-1, les mots : « couverture complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » ;
- 81) 4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 160-3 sont ainsi rédigés :
- 82) « Pour les personnes mentionnées aux 1° à 3° qui relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale de sécurité sociale, les dispositions du premier alinéa s'appliquent dès lors que ce règlement ou cette convention attribue exclusivement à la France la charge d'assurer leur couverture en cas de maladie. Lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, les dispositions du premier alinéa s'appliquent sous réserve que la prestation mentionnée au 1° ou au 3° rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années.
- 83) « Les enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et à la charge des personnes mentionnées à l'avant-dernier alinéa bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France. » ;
- 84) 5° Au premier alinéa de l'article L. 160-15, les mots : « mineurs, pour » sont remplacés par les mots : « mineurs et » et, à la fin, les mots : « ainsi que pour les bénéficiaires de l'attestation mentionnée au second alinéa de l'article L. 863-3 » sont supprimés ;
- 85) 6° À la première phrase de l'article L. 162-1-21, les références : « , L. 861-3 et L. 863-7-1 » sont remplacées par la référence : « et L. 861-3 » ;
- 86) 7° Le dernier alinéa de l'article L. 162-9 est ainsi modifié :
- 87) *a)* À la fin de la première phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;
- 88) *b)* Les mots : « ou de cette aide » sont supprimés ;
- 89) *c)* Le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;
- 90) 8° À la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-16-7, les mots : « couverture maladie universelle complémentaire » sont remplacés par les mots : « protection complémentaire en matière de santé » et les mots : « et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 » sont supprimés ;
- 91) 9° À l'article L. 162-40, les mots : « , et de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-2, » sont supprimés ;
- 92) 10° Le deuxième alinéa de l'article L. 165-6 est ainsi modifié :
- 93) *a)* À la fin de la première phrase, les mots : « et des bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnés aux articles L. 861-3 et L. 863-2 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 861-1 » ;

- 94 *b)* À la fin de la seconde phrase, les mots : « et aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » sont supprimés ;
- 95 11° À l'article L. 211-1, après le mot : « professionnelles », sont insérés les mots : « et l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;
- 96 12° L'article L. 752-4 est complété par un 7° ainsi rédigé :
- 97 « 7° D'attribuer la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 aux assurés dont elles gèrent les risques maladie, maternité, décès et invalidité. » ;
- 98 13° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1, les mots : « de l'article L. 863-1, » sont supprimés ;
- 99 14° À la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 911-7-1, les mots : « , d'une aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire en matière de santé au titre de l'article L. 863-1 » sont supprimés.
- 100 III. – Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Elles assurent pour ces personnes l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. »
- 101 IV. – Le titre V du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 102 1° Au premier alinéa de l'article L. 251-1, la référence : « à l'article L. 861-1 » est remplacée par la référence : « au 1° de l'article L. 861-1 » ;
- 103 2° Au premier alinéa de l'article L. 252-3, après le mot : « prononcée », sont insérés les mots : « , pour le compte de l'État », les mots : « représentant de l'État dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au » sont supprimés et, à la fin, les mots : « de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « de l'organisme mentionné aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ».
- 104 V. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 105 1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1110-3 et à l'article L. 1511-1, les mots : « ou du droit à l'aide prévus aux articles L. 861-1 et L. 863-1 » sont remplacés par les mots : « en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 » ;
- 106 2° À la fin de la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6122-15, les mots : « ou de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code » sont supprimés.
- 107 VI. – À la première phrase de l'article L. 1113-1 du code des transports, après le mot : « application », sont insérés les mots : « du 1° ».
- 108 VII. – À l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».
- 109 VIII. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur ainsi qu'il suit :
- 110 1° Le *c* des 1° et 5° et le *b* du 9° du I ainsi que le 2° du IV entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019 ;
- 111 2° Les dispositions prévues au *e* du 5° du I relatives aux bénéficiaires du revenu de solidarité active entrent en vigueur le 1^{er} avril 2019 ;
- 112 3° Le 4° du II entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019 ;
- 113 4° Les autres dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} novembre 2019 dans le respect des modalités suivantes :
- 114 *a)* L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve du 1° du présent VIII, et l'article L. 861-3 du même code, dans leur rédaction résultant du présent article, ne s'appliquent pas aux décisions d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 dudit code prises antérieurement au 1^{er} novembre 2019 ;
- 115 *b)* Les contrats complémentaires de santé ouvrant droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code en cours à la date du 1^{er} novembre 2019 restent éligibles au bénéfice de ce crédit d'impôt jusqu'à l'expiration du droit du bénéficiaire ;
- 116 *c)* À la demande de l'assuré bénéficiant du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2 du même code ayant un contrat figurant sur la liste mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 863-6 du même code en cours au 1^{er} novembre 2019, l'organisme complémentaire mentionné au *b* de l'article L. 861-4 du même code ou, le cas échéant, l'organisme de sécurité sociale calcule la durée du droit au crédit d'impôt restant à courir et le montant de la participation mentionnée à l'article L. 861-1 du même code dû pour la période correspondante. Il transmet à l'assuré une attestation de reliquat de droits comportant ces informations. Sur la base de cette information, l'assuré peut demander la résiliation de son contrat, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet au plus tard le premier jour du deuxième mois suivant l'envoi de cette attestation à l'organisme assureur en charge du contrat ouvrant droit au bénéfice du crédit d'impôt. Le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé prévue au même article L. 861-1 lui est alors ouvert pour la durée du droit restant à courir. 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 *c*.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l'article.

M. Bernard Jomier. Je regrette que Véronique Guillotin ait retiré son amendement un peu trop tôt, car je n'ai pas eu la possibilité de répondre – positivement ! – à l'interpellation de Mme la ministre.

L'article 34 prévoit l'intégration de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS, dans un dispositif commun. Cela me semble être une bonne mesure de simplification. L'ACS est attribuée aux personnes dont les ressources se situent au-dessous d'un plafond d'environ 900 euros, et la CMU-C à celles dont les ressources se situent au-dessous d'un plafond d'environ 700 euros.

Cette mesure avait été présentée par le chef de l'État dans le cadre du plan Pauvreté, afin de remédier au trop faible taux de recours à l'ACS. Elle devrait être efficace.

Je veux toutefois attirer l'attention sur un point précis, car, comme le rappelait le président Milon mardi, reprenant une citation célèbre, il n'est pas impossible que, lorsque vous serez remplacée, madame la ministre, ce sera par un incapable! (*Sourires.*) Or dans les mains d'un imbécile ou d'un incompetent, cette mesure pourrait faire l'objet d'une dérive.

Le dispositif de la CMU-C est un dispositif sans contribution financière. La barrière est claire et nette. À l'occasion de l'intégration de l'ACS dans le dispositif de la CMU-C, une contribution financière est établie pour les personnes qui relevaient de l'ACS, ce qui est tout à fait audible.

En tant que ministre compétente, vous êtes chargée de prendre un arrêté fixant le montant de cette contribution, qui, me semble-t-il, ne pourra pas dépasser 36 euros par mois.

Mais nous savons tous comment fonctionnent les seuils. À partir du moment où un principe de participation financière a été introduit dans le dispositif global, un futur ministre pourra revoir ce seuil par arrêté ministériel sans consulter le Parlement, contrairement au chèque santé, dont le montant a été fixé par voie législative. Il n'est pas dit que ledit seuil n'évoluera pas à la baisse. Progressivement, c'est le principe d'une CMU non contributive qui risque de disparaître.

Je ne m'oppose pas à la mesure que vous prenez, madame la ministre, et je ne vous prête aucune intention, mais j'attire votre attention sur le fait que vous ouvrez une porte et je m'en inquiète.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. Je souhaite à mon tour intervenir sur le principe du reste à charge ou de la contribution qui risque d'aboutir à laisser certaines personnes au bord du chemin.

La contribution maximum serait, certes, fixée à moins d'un euro par jour, mais certaines familles ne peuvent consacrer 30 euros par mois à une complémentaire santé.

Par ailleurs, le plafond proposé, fixé à 36,70 euros par mois, serait variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, ce qui pourrait être vu comme une rupture à la règle de la sécurité sociale selon laquelle on contribue selon ses moyens et on reçoit selon ses besoins.

Je souhaitais apporter ces quelques précisions en complément de l'intervention de mon collègue, car nous avons déposé un amendement qui visait à garantir une complète rétroactivité des droits ainsi qu'une continuité de la prise en charge des frais des bénéficiaires des aides à la CMU-C, mais, malheureusement, celui-ci a été déclaré irrecevable.

M. le président. L'amendement n° 633, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au septième alinéa, les mots : « au troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « au dernier alinéa » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 633.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 617, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 45, première phrase

Remplacer les mots :

Le montant de la participation

par les mots :

La participation financière

et le mot :

dû

par le mot :

due

II. – Alinéa 47, première phrase

Remplacer les mots :

du délai

par les mots :

de ce délai

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 617.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 386 rectifié, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 45, deuxième phrase

Supprimer les mots :

et varie selon l'âge du bénéficiaire

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Nous nous étonnons de l'introduction de la notion de variabilité du prix en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Celle-ci nous semble relever d'une logique propre à l'assurance privée, qui n'est pas et ne devrait pas être celle de la sécurité sociale.

Madame la ministre, j'imagine que vous allez me répondre que ne pas faire varier le montant de la cotisation en fonction de l'âge pénaliserait les jeunes, qui verraient leurs cotisations augmenter et seraient moins nombreux à recourir au dispositif.

Mais le présent dispositif d'aide concerne toutes les générations, et l'effort consenti en faveur des jeunes pénalise encore les personnes les plus âgées, déjà pénalisées par un certain nombre de mesures qui ont été évoquées et le seront encore au cours de nos débats.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Nous comprenons la logique sociale de l'amendement, mais la commission estime qu'il faut veiller à ce que le montant de la participation ne soit pas désincitatif pour les plus jeunes.

Elle a donc émis un avis de sagesse.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Permettez-moi tout d'abord de répondre à l'intéressante interpellation de M. Jomier.

Vous craignez, monsieur le sénateur, que la fusion envisagée n'entraîne une dérive progressive au terme de laquelle les bénéficiaires de la CMU-C pourraient se trouver en situation de contribuer.

Il est aujourd'hui prévu une protection par la loi : le seuil d'accès à la CMU contributive est fixé, par la loi, à 35 % du seuil d'accès à la CMU. Il ne pourra donc être remis en cause par arrêté ou par décret.

La CMU-C reste réservée aux personnes dont les revenus sont inférieurs à un plafond d'environ 700 euros par mois, mais un futur gouvernement pourra la détricoter un jour s'il le souhaite. Nous avons tout de même ancré dans la loi la différence entre la CMU-C et la CMU-C contributive.

Concernant l'amendement n° 386 rectifié, il est vrai que le dispositif proposé est un intermédiaire entre l'universalité de la sécurité sociale et la logique assurantielle d'accès à une complémentaire santé.

Jusqu'à présent, les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé paient des cotisations de complémentaire santé plus ou moins élevées en fonction de leur âge, conformément à une logique assurantielle. Vous proposez de supprimer le critère d'âge pour le calcul de la participation financière.

Notre démarche ne s'inscrit pas dans une logique comptable. Elle est animée par le souci de trouver le critère le plus adapté pour couvrir la part complémentaire des soins et de permettre l'accès à une complémentaire.

Le critère d'âge se justifie au titre de la consommation de soins des personnes âgées ; le coût d'une complémentaire est également plus élevé pour les personnes âgées. Nous avons toutefois veillé à ce que ce surcoût soit très inférieur à celui qui existe aujourd'hui pour l'accès à une complémentaire, puisque nous l'avons plafonné à un euro par jour, soit 30 euros par mois pour des personnes âgées de 80 ans.

Quelles auraient été les autres options ? Soit instaurer une progressivité de la participation financière en fonction des revenus, ce qui n'aurait pas eu de sens car les revenus concernés se situent dans des fourchettes extrêmement faibles. Soit, comme vous le souhaitez, supprimer toute forme de critère : tout le monde paierait la même chose.

Une telle option aurait tout de même été très défavorable aux jeunes et nous aurait conduits, pour être sûr de pouvoir les assurer, à leur proposer une moindre couverture.

Nous avons donc opté pour un dispositif qui conserve la logique assurantielle de la complémentaire santé, d'où ce critère d'âge, tout en essayant d'en diminuer au maximum les effets sur le coût de la CMU contributive. Cette logique pragmatique nous a semblé offrir la solution la plus équilibrée.

Nous souhaitons que les personnes accèdent à un panier de soins de qualité. Nous avons veillé à élargir le panier de soins couvert aussi bien par la CMU contributive que par la CMU-C.

Le dispositif global que nous présentons améliore l'accès à tous les dispositifs d'aide à la perte d'autonomie, notamment au fauteuil roulant. Pour les personnes handicapées, la couverture sera ainsi de meilleure qualité.

Par conséquent, j'émetts un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je comprends bien le dispositif proposé par Yves Daudigny et ses collègues, mais j'entends aussi ce que dit Mme la ministre et je suivrai son avis sur cet amendement.

Nous avons, d'un côté, la prétendue universalité de l'assurance maladie, et, de l'autre, un régime assurantiel. Au bout du compte, on ne sait plus très bien qui agit, de la sécurité sociale, de l'assurance maladie ou des complémentaires santé, si bien que le système auquel nous participons tous est, quelque part, d'une grande hypocrisie.

Afin de mettre fin à une telle hypocrisie, nous pourrions réfléchir ensemble à une assurance maladie universelle, pour mettre tous ces éléments « dans le même panier », pour prendre en charge l'ensemble des remboursements. *(M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales, applaudit.)*

M. René-Paul Savary. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. J'ai bien entendu l'argumentation du Gouvernement, madame la ministre, mais je ne la partage pas.

Dans la logique du système assurantiel, le montant de la cotisation est lié au montant du risque. Les cotisations sont, certes, plus faibles pour les jeunes, mais elles deviennent très élevées pour les personnes âgées.

La logique de la sécurité sociale, qui, historiquement, était aussi, me semble-t-il, celle des mutuelles, repose quant à elle sur une solidarité intergénérationnelle. Notre groupe estime que, dans le dispositif susvisé, qui est un dispositif à caractère social, la solidarité intergénérationnelle aurait dû l'emporter sur la logique assurantielle.

Madame la ministre, vous avez évoqué la question du panier de soins. Je vous avais précédemment interrogée afin de m'assurer que le panier de soins lié à la nouvelle CMU contributive permettait l'accès au 100 % santé et vous m'aviez répondu positivement. Je suppose que c'est toujours vrai, et je tiens à souligner ce point positif.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. La solidarité intergénérationnelle – je ne comprends pas qu'on s'en étonne – n'existe plus depuis la généralisation des complémentaires payées en partie par les entreprises, c'est-à-dire depuis que le monde qui travaille, qui a aussi le moindre risque, a pris ses responsabilités, en jouant la solidarité collectivement.

En contrepartie, les personnes âgées, notamment les plus fragiles, doivent assumer seules les frais de gestion particulièrement élevés des mutuelles. C'est là que je rejoins la proposition d'Alain Milon car elles ne peuvent continuer à les prendre en charge.

Les assurés payent des cotisations pour adhérer à l'assurance maladie, ils payent des cotisations de mutuelle et ils payent le reste à charge. Autrement dit, ils payent trois fois, alors qu'il s'agit de vases communicants. Il nous faut donc effectivement réfléchir à un système plus universel et plus clair.

Les mutuelles ont 22 % de frais de gestion. Il est certainement possible de discuter avec elles dans le cadre de l'appel d'offres relatif à la CMU-C.

Madame la ministre, nous ne sommes pas des hypocrites au Sénat, contrairement à ce qui a été dit par l'un de vos collègues ce matin même. Nous prenons nos responsabilités et assumons cette démarche qui consiste à proposer un prélèvement d'un milliard d'euros pour équilibrer ce PLFSS sans diminuer, tel que c'était prévu, le niveau de vie des retraités.

Faisons preuve d'un peu plus de clarté, madame la ministre! (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – Mme Élisabeth Doineau applaudit également.*)

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Daudigny, je comprends votre inquiétude, mais nous améliorons le dispositif par rapport à l'existant.

Outre le taux de non-recours à l'ACS, les personnes âgées qui en bénéficient payent leur mutuelle environ 120 à 130 euros par mois et touchent un chèque dont le montant est le même pour tous.

Le dispositif que nous mettons en place permettra d'abaisser ce coût à 30 euros par mois, ce qui constituera une économie substantielle pour les personnes âgées, qui bénéficieront de plus d'une meilleure couverture puisque nous avons élargi le panier de soins.

Par ailleurs, nous avons construit le dispositif de telle sorte que la partie contributive s'élève, pour un enfant, à 9 ou 10 euros. Nous sécurisons ainsi l'accès aux complémentaires pour les enfants de familles extrêmement précaires, et ce à des coûts très faibles.

Je comprends votre souhait de sortir de toute forme de logique assurantielle, mais ce dispositif va tout de même élargir l'accès aux complémentaires santé. Contrairement à la CMU-C, dont la prise en charge repose à 100 % sur l'assurance maladie, ce sont bien les mutuelles qui vont couvrir ces personnes. Il me semble donc que ce dispositif constitue une solution intermédiaire raisonnable et pragmatique.

Monsieur Savary, c'est en définitive un décroisement que vous et M. le président de la commission appelez de vos vœux. Comprenez qu'il s'agirait d'une véritable révolution de notre système!

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le gouvernement auquel j'appartiens n'a absolument pas peur des réformes « transformantes »! (*Sourires.*) Mais comme ce n'est pas l'engagement que nous avons pris devant les Français, vous me permettrez de ne pas prendre position aujourd'hui sur cette proposition disruptive! (*Nouveaux sourires.*)

Pour l'heure, je vous propose donc de nous en tenir à favoriser l'accessibilité à un panier de soins de qualité aux personnes les plus précaires.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Par ses explications, que j'apprécie, Mme la ministre touche à ce qui fait la substantifique moelle de notre débat.

Chacun avait compris, mais il est bon de le repréciser, que le Gouvernement entend maintenir la logique d'un cadre assurantiel, tout en s'efforçant – vous me pardonnerez l'expression – de limiter quelque peu les dégâts pour les personnes les plus précaires et d'améliorer une situation difficile.

J'attire toutefois votre attention, mes chers collègues, sur le fait qu'une telle logique ne permet pas de développer un système solidaire. Or la question est la suivante: peut-on, en 2018, développer un système qui permette un remboursement à 100 % de tous les soins pour toutes et pour tous? C'est possible, et notre groupe a dégagé des propositions de financement, mais celles-ci n'ont pas été retenues par notre Haute Assemblée. Mais tel est bien le défi qui nous est posé aujourd'hui. Si l'on veut avoir un système protecteur et solidaire pour toutes et pour tous, c'est vers cela qu'il faut tendre. Or la logique du Gouvernement va à l'inverse.

À la décharge de Mme la ministre, cette logique perdue depuis longtemps, mais le Gouvernement accentue les choses. Je souhaitais simplement poser le problème et souligner que toutes les propositions de notre groupe reposent sur la logique du « 100 % sécurité sociale ».

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je sais que nous avons un ordre du jour bien rempli, mais je me permets de reprendre la parole car, avec cette question, nous sommes vraiment dans le dur, sur du lourd, comme on dit.

J'entends la volonté, exprimée à la fois par le groupe communiste et le groupe LR, d'aller vers un système universel décroisé, en fait, de la couverture offerte par les complémentaires. Ce n'est pas rien!

La véritable difficulté technique serait de définir ce qui mérite d'être couvert par la solidarité nationale de ce qui peut en être exclu, afin de déterminer un panier de soins décroisé.

Le débat est intéressant, et j'aurai beaucoup de plaisir à travailler à ces questions avec vous, mais on ne peut pas les trancher dans le cadre d'un PLFSS.

Je vous propose une mesure pragmatique, qui améliore considérablement l'accès aux soins pour les plus précaires, bien qu'elle n'ait pas l'ambition que vous exprimez aujourd'hui dans cet hémicycle. C'est pourquoi je vous demande de l'adopter.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 386 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 621, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 60

Remplacer les mots :

Le *b* et le *c*

par les mots :

Les trois derniers alinéas

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. C'est un amendement non pas disruptif, mais de précision rédactionnelle. *(Sourires.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 621.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 620, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 107

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

VI *bis*. - À la première phrase de l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « huitième ».

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 620.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 34, modifié.

(L'article 34 est adopté.)

Article additionnel après l'article 34

M. le président. L'amendement n° 566 rectifié, présenté par M. Iacovelli, Mme Conway-Mouret, MM. Marie, J. Bigot, Lurel et Leconte, Mme Monier, M. Raynal, Mmes Ghali et Artigalas, M. Houllegatte, Mme Perol-Dumont, MM. Tissot et Antiste, Mmes M. Filleul, Taillé-Polian, G. Jourda, Tocqueville et Grelet-Certenais et MM. Courteau, M. Bourquin, Manable et Vaugrenard, est ainsi libellé :

Après l'article 34

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2020, un rapport évaluant le taux de non-recours aux droits pour les personnes sortant du dispositif de l'aide sociale à l'enfance.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Le présent amendement a pour objet de demander une évaluation précise du taux de non-recours aux droits pour les personnes sortant du dispositif de l'aide sociale à l'enfance, ou ASE. Je pèse mes mots : il s'agit bien d'une demande d'évaluation et non de rapport.

Les mineurs et les jeunes majeurs qui sortent du dispositif de l'aide sociale à l'enfance sont une population fragilisée, notamment sur le plan de la santé. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement qui, nous le regrettons, a été retoqué sur le fondement de l'article 40 de la Constitution.

Il avait pour objet de permettre aux personnes qui sortent du dispositif de l'ASE de bénéficier de la protection complémentaire dès lors qu'elles ne sont rattachées à aucun autre régime d'affiliation à l'assurance maladie jusqu'à leur vingt-cinquième anniversaire. Je pense notamment à celles dont les parents ont été déchus de leur autorité parentale

En clair, il n'existe aujourd'hui aucun maintien systématique de l'affiliation à la CMU-C pour ces mineurs et ces jeunes majeurs. Cela engendre des ruptures d'accès aux soins pour cette population particulièrement fragilisée et parfois en voie de marginalisation sociale et familiale.

En l'absence de débat sur cette question, le présent amendement a pour objet de demander un diagnostic au Gouvernement, afin de lutter efficacement contre cette fracture. C'est un sujet qui doit faire consensus, car il concerne des milliers de mineurs et de jeunes majeurs en France.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Vous parlez d'une demande de diagnostic, madame Grelet-Certenais, mais l'article additionnel que votre amendement vise à insérer prévoit bien la remise d'un rapport.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

La situation des jeunes qui sortent du dispositif de l'ASE est toutefois un sujet réel. Madame la ministre, pourriez-vous nous préciser les mesures que le Gouvernement envisage de prendre ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice, vous pointez un vrai sujet de préoccupation. Dès mon arrivée dans mon ministère, je me suis engagée à améliorer l'accompagnement et l'accès aux droits fondamentaux des enfants qui sont confiés à l'ASE, notamment leur droit à la santé qui, on le voit bien, n'est pas toujours respecté.

Le plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures, ou PLANIR, prévoit la signature, par chaque conseil départemental, d'une convention avec la CPAM pour repérer très tôt les jeunes qui sortent de l'ASE et leur assurer l'accès à la CMU-C.

Outre ce dispositif, sur lequel nous sommes vigilants, nous travaillons actuellement à une stratégie de protection de l'enfance dont l'un des axes porte sur les droits à la santé.

Des propositions seront faites très prochainement. Je ne peux pas vous en dire plus aujourd'hui, mais des actions concrètes vont être mises en œuvre par le Gouvernement.

Il ne me semble donc pas nécessaire de prévoir un rapport supplémentaire, mais soyez assurée qu'il s'agit d'un sujet de préoccupation pour la ministre que je suis.

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 566 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. L'idée est de pouvoir vérifier que les départements passent cette convention pour que la couverture des personnes concernées soit effective.

Je ne maintiens toutefois pas mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 566 rectifié est retiré.

Article 35

- ① I. – L'article 20-11 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi rédigé :
- ② « *Art. 20-11.* – Les assurés dont les ressources n'excèdent pas 50 % du montant du plafond fixé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale applicable dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code bénéficient d'une prise en charge intégrale de la participation mentionnée à l'article 20-2 de la présente ordonnance par leur régime d'assurance maladie. »
- ③ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mai 2019.

M. le président. La parole est à M. Abdallah Hassani, sur l'article.

M. Abdallah Hassani. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, le présent article prévoit pour Mayotte une prise en charge intégrale, par l'assurance maladie, du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes ayant des ressources modestes. Comme vous le savez, 84 % de la population mahoraise vit sous le seuil de pauvreté.

Je voterai bien sûr cet article, mais je souhaite faire quelques observations.

Si cette mesure permet de lever tous les frais financiers afférents à l'accès aux soins de ville, encore faut-il que ces soins existent. Or, à Mayotte, ils sont embryonnaires.

L'île ne compte, en libéral, que vingt et un médecins, quinze sages-femmes et cinq dentistes, pour une population équivalente à celle de Bordeaux. Nombre d'entre eux sont débordés de travail et épuisés.

Il s'agit en fait de désengorger le centre hospitalier de Mamoudzou. Or je crains que les assurés n'aient le sentiment qu'il s'agit de les éloigner davantage encore d'un hôpital en manque de praticiens et surchargé en raison de l'afflux massif d'immigrés illégaux, notamment de femmes venant accoucher. C'est un sujet très sensible à Mayotte.

Aussi faut-il rassurer la population. Une nouvelle politique de consultation vient d'être mise en place avec le renforcement des soins sur rendez-vous, la mise en place d'un forfait de dix euros et d'une facture pour les non-assurés sociaux,

tout en maintenant la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants. Il faut une politique volontariste de développement de l'offre, tant en ville qu'à l'hôpital.

Le Gouvernement a décidé de créer à Mayotte une agence régionale de santé. C'est une avancée majeure. Des travaux d'extension et de modernisation du centre hospitalier sont prévus. La prévention au plus près des populations est indispensable, et je salue la création à Mayotte d'un diplôme universitaire d'animateur en santé communautaire.

Quant aux médecins libéraux et hospitaliers, il faut faciliter leur venue et leur maintien dans l'île. Madame la ministre, il se dit que vous préparez un décret en ce sens pour les hospitaliers. Pouvez-vous nous le confirmer ? Nous n'attirons pas les praticiens s'ils craignent pour leur sécurité et celle de leur famille, ni si leurs enfants ne peuvent y suivre une scolarité normale, sans compter que, je le répète, nombre d'entre eux sont débordés de travail et exténués.

M. le président. Je mets aux voix l'article 35.

(L'article 35 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 35

M. le président. L'amendement n° 528, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 2° de l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret ».

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Malgré la signature de 15 000 contrats d'engagement de maîtrise de leurs tarifs par les médecins en secteur 2, les dépassements d'honoraires médicaux représentent 14 % de l'ensemble des honoraires médicaux, soit près de 3 milliards d'euros annuels.

Dans son dernier rapport sur l'avenir de l'assurance maladie, la Cour des comptes juge que les résultats du contrat d'accès aux soins et des options de pratique tarifaire maîtrisée sont « modestes et ambigus », et que l'inflexion observée depuis 2013 est à la fois limitée et coûteuse pour l'assurance maladie.

Les dépassements d'honoraires sont un des facteurs principaux de renoncement aux soins pour des raisons financières, ce qui concerne un quart des citoyennes et des citoyens de notre pays.

Les spécialistes sont principalement concernés, la moitié d'entre eux pratiquant des dépassements, mais le sont également les établissements de santé à but lucratif, où le taux de dépassement moyen atteint 66 %. Même si cela reste modeste, le nombre de médecins hospitaliers publics pratiquant des dépassements, parfois très importants, dans le cadre de leur activité libérale est en nette augmentation depuis dix ans.

Nous proposons en conséquence de remplacer la notion subjective de « tact et mesure » par la fixation d'un plafond permettant d'encadrer les dépassements les plus élevés.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La commission n'a pas souhaité fixer de plafond uniforme par décret.

Nous recueillons tous, en revanche, des témoignages sur des dépassements qui semblent sans rapport avec le tact et la mesure, et pour lesquels rien n'est fait. Ces dépassements peuvent paraître faibles par rapport à la négociation conventionnelle, mais certains d'entre eux sont tout de même excessifs.

Pourriez-vous, madame la ministre, nous apporter des précisions sur ce point ?

M. le président. Madame la rapporteur, souhaitez-vous entendre l'avis du Gouvernement ou émettez-vous d'ores et déjà un avis défavorable sur cet amendement ?

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La commission est défavorable à cet amendement, monsieur le président.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le choix a été fait, et je rends hommage à Marisol Touraine pour son action en la matière, de recourir à des dispositifs incitatifs, et non coercitifs.

Les dispositifs conventionnels successifs visant à modérer les dépassements d'honoraires, d'abord le contrat d'accès aux soins, ensuite l'option de pratiques tarifaires maîtrisées, ou OPTAM, commencent à montrer leurs effets.

Le taux de dépassement est en baisse pour les médecins spécialistes de secteur 2 : 55,4 % en 2011, contre 49,5 % en 2017. Pour la seule année 2017, le taux moyen des dépassements a diminué de 1,6 point. Une dynamique positive s'est donc engagée.

Nous craignons que votre proposition, madame Apourceau-Poly, ne pousse un certain nombre de médecins spécialistes installés dans des zones non défavorisées à opter pour un non-conventionnement, ce qui marquerait vraiment le développement d'une médecine à deux vitesses.

Nous continuons à vouloir diminuer les dépassements avec le dispositif actuellement en vigueur, qui semble porter ses fruits.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 528.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 529, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 2° de l'article L. 4124-6 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Dans le cas de non-respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires ou dans le cas de méconnaissance des dispositions de l'article L. 1110-3, l'amende, dont le montant ne peut excéder 10 000 € ; ».

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement de repli vise à rétablir les sanctions financières supprimées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, un texte dont nous avons demandé l'abrogation.

Nous ne croyons pas forcément aux sanctions, madame la ministre, surtout quand nous constatons que les caisses d'assurance maladie n'ont prononcé, entre 2012 et fin 2015, que quatorze sanctions à l'égard de médecins refusant d'infléchir leurs pratiques tarifaires.

Nous croyons davantage à l'utilité symbolique des sanctions comme élément incitatif d'une diminution des dépassements d'honoraires.

Je voudrais rappeler les professions pour lesquelles les dépassements sont les plus importants.

Actuellement, 98,2 % des gynécologues médicaux, 92,9 % des gériatres, 73,2 % des neuropsychiatres et 72,1 % des stomatologues pratiquent des dépassements d'honoraires.

Les pratiques varient selon les départements, avec un niveau de dépassement qui atteint 114 % à Paris, 72,6 % dans le département du Rhône, 68,7 % dans les Yvelines et 62,4 % dans le Haut-Rhin.

Nous devons trouver les outils pour lutter véritablement contre ces dépassements d'honoraires, qui remettent en cause l'accès aux soins de proximité pour toutes et tous.

Les chiffres que je viens de rappeler montrent les limites des dispositifs en vigueur, et c'est pourquoi nous vous demandons d'adopter cet amendement de repli, mes chers collègues.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il existe déjà des sanctions pécuniaires contre les professionnels de santé.

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire est par ailleurs compétente pour connaître des fautes ou abus à l'occasion des soins dispensés aux assurés.

Il n'a pas paru opportun à la commission d'ajouter un nouvel étage à cet arsenal de sanctions.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous évoquez deux sujets différents, madame la sénatrice.

Pour les dépassements d'honoraires, nous conservons le dispositif incitatif mis en place sous le précédent quinquennat. La notion de « tact et mesure » est très difficile à quantifier, elle doit s'examiner au cas par cas et nous laissons les instances ordinales décider, sans prévoir de sanction disciplinaire supplémentaire pour l'heure.

En revanche, la question du refus de soins mérite toute notre attention. Dès ma nomination, j'ai entrepris des discussions avec le Conseil de l'Ordre des médecins en vue d'un travail commun sur cette problématique.

Nous avons prévu d'élaborer en 2019 le texte d'application des dispositions de la loi HPST, celui-ci n'ayant jamais été pris. Sachez que je serai, sur ce point, extrêmement volontariste avec l'Ordre, car ces pratiques me semblent absolument inadmissibles.

Le Gouvernement reste toutefois défavorable à l'amendement n° 529.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Votre propos illustre parfaitement l'adage selon lequel le mieux est l'ennemi du bien, madame Cohen.

Compte tenu du manque de médecins spécialistes, en particulier dans certaines spécialités, le risque de déconventionnement est réel. Ce serait pire que tout, avec le développement d'une médecine à deux vitesses.

Je ne peux donc pas être favorable à cet amendement.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 529 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Nos échanges montrent bien que la notion de « tact et mesure » est extrêmement vague et que son appréciation est très subjective. Il me semble que la loi devrait être plus rigoureuse.

Ensuite, je veux bien que certains dispositifs permettent d'ores et déjà d'appliquer des sanctions. Mais, je le rappelle, entre 2012 et fin 2015, quatorze sanctions seulement ont été prononcées. On est, à mon avis, assez loin de la réalité des dépassements d'honoraires.

Notre rôle de parlementaire, c'est, à un moment donné, de siffler la fin de la récré et de fixer un cadre un peu plus strict !

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. La question posée par Mme Cohen est réelle et les réponses que nous y apportons depuis des années ne sont pas satisfaisantes.

Hier, il était fait mention dans nos débats des rapports des commissions de contrôle de l'activité libérale au sein des hôpitaux. En réalité, les commissions centrales peinent à obtenir les rapports des différents hôpitaux, y compris au bout de deux ou trois ans. Elles ne peuvent donc souvent pas travailler. Et quand elles obtiennent les documents, elles n'arrivent souvent pas à prendre de décision. Michel Amiel a raison, on ne veut pas se priver de praticiens alors qu'on en manque déjà. Pour autant, l'argument de la pénurie ne peut pas justifier tous les comportements.

L'instance chargée de réguler et d'appliquer les sanctions, le Conseil de l'Ordre des médecins, n'est pas très efficace. Il n'assume pas ses responsabilités, et ce ne sont pas les parlementaires qui peuvent le faire à sa place.

Je ne voterai pas cet amendement, car il n'apporte pas la bonne réponse. En revanche, la question que vous posez est juste, madame Cohen, et il serait temps que l'Ordre des médecins applique le code de déontologie et les sanctions qu'il prévoit.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 529.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 36

① I. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre X ainsi rédigé :

② « CHAPITRE X

③ « *Dispositions applicables à la prise en charge des assurés en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel*

④ « *Art. L. 16-10-1.* – Lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie, nécessitant l'adoption en urgence de règles de prise en charge renforcées des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le

bénéfice des prestations en espèces, dérogoires au droit commun, celles-ci peuvent être prévues par décret, pour une durée limitée qui ne peut excéder une année.

⑤ « Dans les conditions et limites fixées par ce décret, les dérogations mises en œuvre en application du premier alinéa peuvent porter, en fonction de la nature du risque en cause, sur :

⑥ « 1° La participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 ;

⑦ « 2° Le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 ;

⑧ « 3° Les dépassements d'honoraires pour les actes et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

⑨ « 4° Les dépassements de tarifs pour les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et pour les prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ;

⑩ « 5° Certaines conditions dans lesquelles est limitée à diverses situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations ou produits de santé prévue aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-16, L. 165-1 et L. 322-5 ;

⑪ « 6° Les conditions mentionnées aux articles L. 313-1 et L. 622-3, en tant qu'elles concernent les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 321-1, L. 331-3, L. 331-7, L. 331-8, L. 622-1, L. 622-2 et L. 623-1 du présent code et à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime, ainsi que le capital prévu aux articles L. 361-1 et L. 632-1 du présent code ;

⑫ « 7° Le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 du présent code, au cinquième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 752-5 du même code ;

⑬ « 8° Les délais et les sanctions mentionnés au premier alinéa de l'article L. 321-2 du présent code et au sixième alinéa de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les incapacités de travail, ainsi qu'aux articles L. 441-1 et L. 441-2 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 751-26 du code rural et de la pêche maritime et au premier alinéa de l'article L. 752-24 du même code pour les accidents de travail.

⑭ « Ces dérogations ne peuvent être prévues que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause et pour les assurés exposés à ce risque.

⑮ « Le décret mentionné au premier alinéa détermine les prestations et les assurés concernés, ainsi que la nature, le niveau, la durée et les conditions de mise en œuvre des dérogations et des prises en charge applicables. Il fixe, le cas échéant, des modalités d'organisation et de coordination des organismes de sécurité sociale, spécifiques à la procédure de prise en charge. »

⑯ II. – Après le septième 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 :

⑰ « – L. 16-10-1 ; ».

18 III. – L'article 20-1 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 est ainsi modifié :

19 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

20 2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

21 « II. – Le chapitre X du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. »

M. le président. L'amendement n° 626, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 18 à 21

Remplacer ces alinéas par huit alinéas ainsi rédigés :

III. – L'article 20-1 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 est ainsi modifiée :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Au 9° , après la référence : « 8° » sont insérés les mots : « du présent I » ;

3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Le chapitre X du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. » ;

4° À l'article 20-2, après la référence : « 8° » sont insérés les mots : « du I » ;

5° À l'article 20-6, après la référence : « 7° » sont insérés les mots : « du I ».

IV. – Au 2° de l'article 8 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte, après la référence : « 13° » sont insérés les mots : « du I ».

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 626.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 36, modifié.

(L'article 36 est adopté.)

Article 36 bis (nouveau)

1 Après le 8° de l'article L. 169-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 8° bis ainsi rédigé :

2 « 8° bis Les conditions d'ouverture du droit prévu à l'article L. 341-2 lorsque la mise en invalidité résulte de l'acte de terrorisme ; ». – (Adopté.)

Chapitre II

RENFORCER LA PRÉVENTION

Article 37

1 I. – La deuxième partie code de la santé publique est ainsi modifiée :

2 1° L'article L. 2132-2 est ainsi modifié :

3 a) Au premier alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « dix-huit » ;

4 b) À la fin du dernier alinéa, le mot : « interministériel » est remplacé par les mots : « des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ;

5 2° Le 2° de l'article L. 2421-1 est ainsi rédigé :

6 « 2° Le titre III, à l'exception de l'article L. 2132-3.

7 « Les articles L. 2133-1 et L. 2133-2 sont applicables dans leur rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

8 « L'article L. 2132-2 est applicable dans sa rédaction résultant de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2019 ; ».

9 II. – Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

10 1° À la fin du 1° de l'article L. 160-9, les mots : « et des articles L. 2122-3 et L. 2132-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « et de l'article L. 2122-3 du code de la santé publique, ainsi que les frais d'examens de l'enfant réalisés en application de l'article L. 2132-2 du même code jusqu'à la fin de la période mentionnée au première alinéa du présent article » ;

11 2° Après le 24° de l'article L. 160-14, il est inséré un 25° ainsi rédigé :

12 « 25° Pour les frais liés aux examens prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, à l'exception de ceux pris en charge au titre du risque maternité en application de l'article L. 160-9 du présent code. » ;

13 3° Après l'article L. 162-1-21, il est inséré un article L. 162-1-22 ainsi rédigé :

14 « Art. L. 162-1-22. – Les bénéficiaires de l'assurance maladie bénéficient du tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les frais relatifs aux examens prévus au 25° de l'article L. 160-14. Les professionnels de santé exerçant en ville le mettent en œuvre dans les conditions prévues aux articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4. »

15 III. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} mars 2019.

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Cet article vise à renforcer le suivi de la santé chez les jeunes, en répartissant davantage dans le temps les vingt consultations actuellement réalisées avant l'âge de 6 ans, jusqu'à l'âge de 18 ans.

Notre groupe considère qu'il va dans le bon sens, en favorisant une meilleure politique de prévention de la santé tout au long de l'enfance.

Lors de la discussion générale de ce PLFSS, j'ai notamment abordé le sujet de la « précarité menstruelle », à savoir le trop lourd coût que représentent les protections hygiéniques dans le budget des femmes les plus vulnérables.

Je souhaite maintenant attirer votre attention sur un second axe de prévention, l'endométriose, une maladie chronique qui touche une femme sur dix. Cette pathologie, ô combien handicapante, entraîne des douleurs aiguës pendant les menstruations, nécessitant parfois des interventions chirurgicales. Mieux prendre en charge cette pathologie, qui se déclenche généralement dès les premières menstruations, représente un enjeu sanitaire et d'égalité.

C'est un enjeu sanitaire, tout d'abord, lorsque l'on sait les risques pour la fertilité que cette pathologie représente pour les femmes concernées, en plus des souffrances insupportables qu'elle engendre.

C'est un enjeu d'égalité, ensuite, lorsque l'on considère l'impact de l'endométriose sur la scolarité des adolescentes qui en souffrent. On l'observe au travers de l'absentéisme scolaire accru que cette maladie cause chez les jeunes filles, portant ainsi atteinte à l'égalité des chances de réussite, en comparaison avec les élèves ne souffrant pas de cet invisible handicap.

Pour rappel, en 2016, le ministère de l'éducation nationale signait une convention avec des associations de patientes pour sensibiliser élèves, infirmiers scolaires et enseignants des collèges et lycées.

Depuis les campagnes de sensibilisation, l'actuel gouvernement a engagé l'été dernier un chantier ambitieux, afin de prendre des dispositions sur l'organisation régionale de la prise en charge spécialisée et la formation.

S'appuyer sur les futures consultations au cours de l'adolescence introduites par cet article pour diagnostiquer cette maladie le plus tôt possible semble constituer un levier particulièrement pertinent dans le combat contre l'endométriose. Cette action pourrait être intégrée aux chantiers en cours.

M. le président. L'amendement n° 347 rectifié, présenté par M. Vaspert, Mme Lamure, MM. Perrin, Raison, Darnaud et Courtial, Mme Gruny, M. J.M. Boyer, Mme Bruguière, MM. Magras, Sido et Kennel, Mme N. Delattre, MM. de Nicolaj et Paul, Mmes Bonfanti-Dossat, Durantont et Deromedi, MM. H. Leroy et Brisson, Mme Puissat et MM. Mouiller et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « Les professionnels de santé habilités, » ;

La parole est à M. Michel Vaspert.

M. Michel Vaspert. L'article 37 vise à modifier le calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes. Il prévoit que trois des vingt examens aujourd'hui effectués avant les 6 ans de l'enfant soient réalisés entre l'âge de 6 ans et celui de 18 ans, en modifiant l'article L. 2132-2 du code de la santé publique.

Dans un avis du 25 mai 2016, le Haut Conseil de la santé publique a considéré que tous les examens au sens de cet article ne sont pas nécessairement médicaux. Ainsi, selon le Haut Conseil, au troisième et cinquième mois, la consultation pourrait être faite par une infirmière puéricultrice diplômée d'État, permettant ainsi de mobiliser des compé-

tences complémentaires à celles des médecins dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire, et ce dans un contexte de désertification médicale.

Le présent amendement vise donc à ce que l'arrêté prévu fixe également les catégories de professionnels de santé habilités à réaliser les différents examens prévus par la loi.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Nous comprenons l'objet de l'amendement. Toutefois, le pouvoir réglementaire définit déjà, à l'article R. 2132-1 du code de la santé publique, les professionnels de santé habilités à réaliser les examens de santé obligatoires des enfants.

La commission fait confiance au Gouvernement pour modifier le cas échéant cette disposition, après consultation des organisations professionnelles, afin de permettre à d'autres professionnels de santé spécialisés en puériculture de réaliser les examens de santé non médicaux des enfants de moins de 6 ans.

Nous voulions demander le retrait de cet amendement, mais nous souhaitons au préalable recueillir l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Aujourd'hui, la liste de ces professionnels est publiée par décret, et vous souhaitez faire figurer dans la loi que cette liste sera publiée par voie réglementaire. Cette précision peut être utile, même si le système du décret fonctionne.

Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

M. le président. Monsieur Vaspert, l'amendement n° 347 rectifié est-il maintenu ?

M. Michel Vaspert. Si Mme la ministre s'engage à publier cette liste par décret, je retire évidemment cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 347 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 37.

(L'article 37 est adopté.)

Article 38

- ① I. – À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale, les mots : « à un fonds, créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie et destiné au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 ».
- ② II. – Après l'article L. 221-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-4 ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 221-1-4. – I. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.
- ④ « I bis (nouveau). – Une section du fonds retrace les actions à destination de l'outre-mer.
- ⑤ « II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, la liste des bénéficiaires des financements attribués par le fonds ainsi que les montants et la destination des sommes qui leur sont versées en application du présent article.

⑥ « III. – Les modalités d’application du présent article sont précisées par décret. »

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, sur l’article.

M. Bernard Jomier. Cet article vise à transformer le fonds de prévention dédié à la lutte contre le tabac en un fonds au périmètre élargi, qui concernera l’ensemble des addictions aux substances psychoactives.

Le principe est louable, mais nous souhaiterions obtenir davantage d’informations sur cet élargissement, madame la ministre. J’aborderai de nouveau ce point en présentant l’amendement n° 464 rectifié, qui porte sur la gouvernance du fonds.

Le financement de ce fonds constitue un enjeu majeur. Le Fonds de lutte contre le tabac a bénéficié de 97 millions d’euros l’an dernier. Cette année, les recettes s’inscrivent en baisse, à 87 millions d’euros, car la baisse prévisible de la consommation de tabac s’est réalisée et entraîne une diminution des recettes. J’avais d’ailleurs, l’an dernier, lors de l’examen du PLFSS, déposé un amendement pour assurer une sécurisation des recettes.

Par un heureux hasard, les contraventions sur le cannabis devraient rapporter 10 millions d’euros, ce qui vous permet d’afficher un maintien du financement à hauteur de 97 millions d’euros. Nous restons toutefois dubitatifs devant cette gymnastique comptable.

En tout état de cause, si le financement repose toujours à 90 % sur le tabac, les crédits ne seront plus seulement destinés à la lutte contre le tabagisme, l’alcool et les différentes addictions étant désormais inclus dans le périmètre du fonds.

Par ailleurs, le fonds prévoit, et c’est heureux, une section dédiée aux problèmes spécifiques d’addiction dans les territoires ultramarins.

Madame la ministre, comment allez-vous faire plus avec la même enveloppe ? Que répondez-vous aux acteurs de la lutte contre le tabagisme, qui craignent légitimement pour leurs financements ? Enfin, pouvez-vous nous confirmer que l’alcool, deuxième priorité en termes de prévention, participera tôt ou tard au financement et aux actions de ce fonds, à hauteur du problème qu’il représente ?

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l’article.

Mme Laurence Cohen. Avant d’en venir au contenu de l’article 38, permettez-moi tout d’abord de regretter que l’amendement n° 532, que nous avons déposé, ait été déclaré irrecevable au titre de l’article 40 de la Constitution. La raison avancée est d’ailleurs plus originale que d’habitude, la commission des finances ayant considéré que la nouvelle recette que nous voulions créer pour alimenter ce fonds de lutte contre les addictions était trop élevée et qu’elle incitait donc à la dépense ! (*Sourires.*) Les parlementaires ne peuvent pas proposer des amendements dont l’adoption entraînerait des dépenses pour l’État, mais ils ne peuvent pas non plus proposer de nouvelles recettes : nous sommes vraiment très limités dans notre champ d’action !

J’en viens à présent au contenu même de cet article 38, qui vise à substituer au fonds tabac un fonds plus large, englobant toutes les addictions aux substances psychoactives.

Précisons tout d’abord que ce plan d’action contre les addictions n’a toujours pas été présenté par le Gouvernement. Il devait l’être en mars, puis en juin dernier, puis il y a quelques semaines, mais, pour l’instant, on ne voit toujours rien venir ! Vous pourrez certainement nous apporter des précisions, madame la ministre.

À cela s’ajoute une nouvelle baisse des crédits de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, la MILDECA, dans le PLF pour 2019. Cette diminution est constante depuis plusieurs années, ce qui amoindrit ses capacités d’action. Il est important de rappeler ces éléments de contexte.

Cela étant, nous sommes favorables à la création d’un tel fonds, tant la question des addictions dépasse la seule question du tabac pour englober l’alcool, les stupéfiants et les autres substances psychoactives. Nous regrettons toutefois que l’addiction aux jeux ou, plus largement, les addictions comportementales n’aient pas été prises en compte dans cet article.

Nous regrettons également la manière dont le fonds est alimenté ; c’était d’ailleurs l’objet de notre amendement déclaré irrecevable. En effet, la rédaction actuelle prévoit que le fonds sera abondé par l’amende forfaitaire délictuelle pour usage de stupéfiants, instaurée par le projet de loi de réforme pour la justice de Mme Belloubet. Nous désapprouvons le principe de cette amende, et nous proposons à la place de créer une taxe sur les boissons mélangeant alcool et sucre, à l’instar de la proposition de notre collègue Jocelyne Guidez, adoptée à l’article 9 *bis*.

Cette idée faisait d’ailleurs écho à l’appel de nombreux médecins addictologues, qui alertaient sur le fait que l’alcool était le grand absent de ce fonds. Je rappelle que 49 000 décès sont imputables chaque année à l’abus d’alcool. Notre amendement ayant été déclaré irrecevable, nous nous abstenons sur cet article.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, sur l’article.

M. Michel Amiel. Je rejoins Mme Cohen sur la question de l’addiction aux jeux. J’avais également déposé un amendement en ce sens, mais il a été déclaré irrecevable au titre de l’article 45 de la Constitution, au motif qu’il ne concernait pas les problèmes de santé. Quand on connaît les conséquences d’une addiction aux jeux sur l’équilibre psychologique et social des personnes concernées, permettez-moi de m’étonner !

Je défendrai de nouveau un amendement à l’article suivant. À côté des addictions à des substances, il y a aussi des addictions de nature comportementale. Il est essentiel de le reconnaître.

M. le président. L’amendement n° 106 rectifié *bis*, présenté par Mmes Deseyne et Deromedi, MM. Mouiller, Grosdidier et Paccaud, Mme L. Darcos, MM. Cuypers et Huré, Mmes Imbert, Thomas et Chain-Larché, MM. Mandelli, Husson, Piednoir et Laménie, Mme Lanfranchi Dorgal, M. Buffet, Mme Duranton et M. Pierre, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. L’objet de cet amendement a un lien direct avec l’intervention, à l’instant, de notre collègue Bernard Jomier. La dilution du fonds actuel de lutte contre le tabac, « chargé de la participation au financement

des actions de lutte contre le tabac », dans un fonds dédié à la lutte contre toutes les addictions ne tient aucun compte de la réalité du terrain. Les acteurs de la prévention du tabagisme, pourtant membres depuis l'origine du comité de pilotage du programme national de lutte contre le tabac, ont été exclus de tous les échanges sur la mise en place de ce fonds de lutte contre les addictions.

Dévier la lutte contre le tabagisme vers la lutte contre l'ensemble des addictions, sans financement à la mesure des enjeux, affaiblit dangereusement les actions de prévention du plan national de lutte contre le tabagisme 2018-2022 et supprime son caractère prioritaire.

Les réponses apportées aux comportements à risque doivent être propres à chaque substance. Si la réduction du tabagisme et de la consommation d'alcool est liée aux politiques visant à encadrer l'offre de ces produits, les drogues illicites relèvent du domaine du soin et de la prise en charge des patients, leur offre étant illégale.

Dans sa rédaction actuelle, la disposition prévue par l'article 38 va entraîner un effondrement du financement des actions de lutte contre le tabac par dilution des ressources.

C'est pourquoi il convient de poursuivre un financement efficace de la lutte contre le tabagisme, à la hauteur de ce défi de santé publique. Tel est l'objet du présent amendement.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La commission ne souhaite pas supprimer l'article 38 et émet donc un avis défavorable sur cet amendement. L'idée d'un fonds élargi ne nous semble pas devoir être rejetée. Nous savons de surcroît que, dans les conduites addictives, alcool, cannabis et tabac sont souvent associés.

En revanche, il est vrai que le risque d'une dilution du fonds a été évoqué en commission, de même que le devenir du budget de la MILDECA et la question des addictions aux écrans et aux jeux vidéo.

Nous souhaitons donc, madame la ministre, obtenir des précisions par rapport à ces inquiétudes.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis défavorable à cet amendement, mais je voudrais répondre globalement aux différents orateurs.

Monsieur Jomier, je ne comprends pas les chiffres que vous avancez. Le fonds tabac a toujours été doté de 30 millions d'euros environ – 32 millions d'euros en 2017. En 2018, nous l'avons porté à 100 millions d'euros, et nous le maintenons à ce niveau en 2019. Je ne comprends donc pas les montants de 87 millions d'euros et 97 millions d'euros que vous évoquez.

Nous maintenons un fonds largement renforcé sur l'ensemble des addictions. Il sera principalement alimenté par les contributions sur la distribution de tabac, mais aussi par les amendes sur le cannabis et par la taxation du rhum que vous avez votée. Une partie des crédits du fonds sera spécifiquement dédiée aux DOM.

Je veux aussi vous rassurer sur un autre point : ce fonds de lutte contre les addictions aux substances psychoactives s'accompagne d'autres fonds dédiés à la prévention des addictions. En 2017, les ARS ont consacré 18,5 millions d'euros

au financement de la prévention contre les pratiques addictives au sens large, sur la mission de prévention du FIR, c'est-à-dire la mission n° 1.

En 2017, nous avons financé les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, et les autres centres dédiés à la lutte contre les addictions à hauteur de 411 millions d'euros, avec 1,9 million d'euros supplémentaires en 2018. Quant aux ARS, elles ont financé les équipes de lutte contre les substances addictives à hauteur de 53 millions d'euros en 2018.

Nous avons également, au sein du programme 204, voté pour 2018 7,2 millions d'euros de crédits destinés soit à des actions directes de lutte contre les addictions, soit à Santé publique France.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'action de lutte contre les addictions ne s'arrête donc pas au fonds tabac.

L'Assemblée nationale a voté en faveur d'un rapport dédié à la meilleure lisibilité des actions de prévention. Nous pourrions y revenir au cours du débat, mais toutes les actions allant dans ce sens seront les bienvenues.

Vous m'interpellez sur le plan de lutte contre les addictions porté par la MILDECA. Il a été soumis au Premier ministre, mais il fait actuellement l'objet de réunions interministérielles et n'est pas encore totalement arbitré. Sachez toutefois qu'il comprend six grands axes de travail : protéger les plus jeunes, mieux répondre aux conséquences des addictions pour les citoyens et la société, améliorer l'efficacité de la lutte contre le trafic, renforcer les connaissances sur ces sujets et favoriser leur diffusion, observer et agir au-delà de nos frontières, enfin créer les conditions de l'efficacité de l'action publique au niveau des territoires.

Je n'ai pas de date à vous communiquer, mais ce plan, prévu pour s'appliquer sur la période 2018-2022, sera présenté prochainement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Nous n'avons pas de désaccord sur les chiffres, madame la ministre. Le fonds est en effet doté de 100 millions d'euros environ, mais les recettes vont diminuer de 10 millions d'euros en raison de la baisse de la collecte des recettes sur le tabac.

Vous tablez, pour compenser cette perte, sur les contreventions pour usage de cannabis. Admettons que les prévisions soient exactes, et que les recettes s'élèvent effectivement à 100 millions d'euros. Dans tous les cas, le tabac ne bénéficiera pas de l'intégralité des crédits, car il sera en concurrence avec les autres substances psychoactives.

D'ores et déjà, dans les attributions actuelles du fonds, des transferts de sommes sont prévus vers l'assurance maladie, par exemple, pour prendre en charge à 100 % les substituts nicotiques. Les actions de prévention seront donc moins financées, ce qui nous inquiète, car la lutte contre le tabac nécessite que les crédits soient maintenus à leur niveau actuel.

La question de la gouvernance du fonds me semble donc essentielle ; j'y reviendrai ultérieurement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ai cru que vous affirmiez que les crédits du fonds diminuaient de 10 millions d'euros. Or nous restons bien à 100 millions d'euros.

Votre question concerne finalement notre façon de penser la prévention. Mon intime conviction est qu'il y a aujourd'hui une dichotomie trop importante entre les actions de prévention de type « campagnes grand public » et les dispositifs de type substituts nicotiques.

Nous devons avoir un regard global et ne pas découper la prévention entre ce qui revient à la puissance publique au sens large et ce qui relève de la prise en charge des soins. La prévention formant un continuum, il faut cesser d'ériger des frontières artificielles.

Une chose est certaine aujourd'hui : tous les crédits dédiés à la prévention augmentent dans ce PLFSS.

M. le président. Monsieur Mouiller, l'amendement n° 106 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller. Non, au regard de la position de la commission des affaires sociales, je vais le retirer, monsieur le président, mais je ne suis pas complètement rassuré par vos propos, madame la ministre.

Nous serons de toute façon amenés à aborder ce sujet en commission dès la semaine prochaine, puisque Mme Deseyne, qui est l'auteur de cet amendement, nous présentera son rapport sur la MILDECA. Il reste, me semble-t-il, nombre d'interrogations sur ces questions.

Je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 106 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 627, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

I. – L'article L. 137-27 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « affecté », la fin de la seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « au fonds mentionné à l'article L. 221-1-4 du présent code » ;

2° Après la référence : « 298 *quaterdecies* », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « du code général des impôts » ;

3° Au troisième alinéa, le mot : « dudit » est remplacé par les mots : « du même » et les mots : « du même » sont remplacés par le mot : « dudit ».

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. C'est un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 627.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 464 rectifié, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet, Antiste, J. Bigot et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mme S. Robert, M. Tissot, Mme M. Filleul, MM. P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 3

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les instances de gouvernance du fonds et les modalités de représentation des acteurs reconnus d'intérêt général du champ sanitaire et de la prévention œuvrant sur les addictions liées aux différentes substances psychoactives. »

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement concerne la gouvernance du nouveau fonds. Il vise à soulever la question, importante, de la place des acteurs associatifs reconnus d'intérêt général, dont je souhaite que nous débattions, madame la ministre.

La seule gouvernance institutionnelle n'est pas satisfaisante, parce que la lutte contre les addictions nécessite d'associer l'ensemble des acteurs de la santé publique et de la prévention. J'entends par là les acteurs qui sont reconnus, pas ceux qui s'autodésignent.

Il faut associer ces acteurs aux instances de gouvernance du fonds, qui vont être extrêmement importantes puisqu'elles vont procéder à la répartition des crédits entre les différents types d'addictions et qu'elles auront à définir la vision d'ensemble de la prévention des addictions et l'articulation entre les différentes missions. En outre, il est évidemment nécessaire de travailler à l'appropriation de ces sujets par l'opinion publique.

Le nouveau fonds aura un champ d'intervention extrêmement important – vous le dites vous-même, madame la ministre – et une gouvernance uniquement organisée autour de l'État, de l'assurance maladie et des agences sanitaires serait restrictive pour répondre de manière satisfaisante aux problématiques de la lutte contre les addictions.

Par cet amendement, je souhaite, madame la ministre, attirer votre attention sur ce point et connaître votre vision de la gouvernance du nouveau fonds.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Aujourd'hui, c'est un décret qui définit la composition du conseil de gestion du fonds de lutte contre le tabac. L'organisation de la gouvernance du fonds relève donc d'un décret, et non d'un arrêté, comme indiqué dans l'amendement.

En outre, le III de l'article 38 prévoit déjà que les modalités d'application de cet article seront précisées par décret. Par conséquent, la commission estime que cet amendement est satisfait et en demande donc le retrait. À défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais pouvoir vous rassurer, monsieur Jomier, puisque votre amendement est satisfait : en effet, l'article 38 renvoie à un décret le soin de fixer les modalités d'application du nouveau fonds de lutte contre les addictions.

Ce décret, qui sera publié au 1^{er} trimestre 2019, en précisera notamment la gouvernance. Nous envisageons de mettre en place, d'une part, un conseil de gestion composé de représentants des différentes administrations concernées, et, d'autre part, un conseil d'orientation regroupant l'ensemble des parties prenantes. Nous souhaitons donc, faire participer à la gouvernance toutes les personnes en charge de la lutte contre les addictions.

C'est pourquoi je vous propose de retirer votre amendement, puisque ce qu'il vise à prévoir sera intégré dans le décret.

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 464 rectifié est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, je ne suis pas anxieux, je n'ai donc pas besoin d'être rassuré... Ne vous inquiétez pas ! (*Sourires.*)

À partir du moment où la gouvernance du fonds est renvoyée à un décret, ce qui est tout à fait légitime, car cela relève du niveau réglementaire, les choses sont entre vos mains, mais il est de notre responsabilité de poser les questions de principe.

Or la gouvernance actuelle du fonds n'associe pas les grandes fédérations d'intérêt général qui luttent contre le tabac. Les associerez-vous dans les instances du nouveau fonds ? (*Mme la ministre opine.*) Vous semblez acquiescer, je prends ce geste pour une réponse positive. Par conséquent, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 464 rectifié est retiré.

L'amendement n° 613, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il identifie les actions de la section du fonds à destination de l'outre-mer.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'engagement du Gouvernement d'agir avec détermination dans la lutte contre les addictions outre-mer s'est matérialisé à l'Assemblée nationale par la création d'une section spécifique au sein du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

Par cohérence, le Gouvernement souhaite préciser que les actions de la section outre-mer du fonds seront spécifiquement mentionnées dans l'arrêté annuel fixant la liste des bénéficiaires et la destination des sommes versées au titre du fonds. Nous souhaitons ainsi que l'effort mené dans ces territoires soit parfaitement identifié.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 613.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 38, modifié.

(*L'article 38 est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 38

M. le président. L'amendement n° 306 rectifié, présenté par M. Bonhomme, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article 1613 ter du code général des impôts est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif de la contribution mentionnée au I est équivalent à 20 % du prix de vente total du produit. »

La parole est à M. François Bonhomme.

M. François Bonhomme. L'article 19 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit une modulation de la taxe soda en fonction du taux de sucre contenu dans les boissons concernées.

Cette disposition est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2018. On peut saluer l'impact relatif d'une telle modulation, mais certains industriels contournent toutefois cette modification, en diminuant la contenance de leurs bouteilles tout en augmentant les prix. Cette stratégie dite de *downsizing* consiste à diminuer les quantités dans le *packaging* original pour cacher une augmentation du prix au litre ou au kilo.

Cet amendement a pour objet de fixer un objectif en termes de pourcentage, afin de rendre la taxe soda pleinement effective et de mieux prévenir les risques que fait peser la consommation de sodas et autres boissons sucrées.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Comme vient de l'indiquer François Bonhomme, la taxe soda est aujourd'hui calculée en fonction de la quantité de sucre par hectolitre de boisson, avec un tarif progressif : plus la quantité de sucre par hectolitre est importante, plus la taxe est coûteuse.

Notre collègue veut changer ce mode de calcul pour taxer le prix de vente, et non plus la quantité de sucre présente dans la boisson, afin de prévenir les stratégies de contournement qui tendent à diminuer la contenance pour limiter le coût de la taxe, tout en maintenant ou en augmentant le prix.

Toutefois, ce mode de calcul aurait pour effet de traiter indifféremment, pour un même prix de vente, une eau légèrement sucrée et une canette de soda. C'est pourquoi la commission n'est pas favorable à cet amendement et en demande le retrait.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je suis défavorable à cet amendement, mais je dois dire qu'il présente l'intérêt de stigmatiser l'attitude d'industriels désireux de contourner ce qui a été voté l'année dernière, c'est-à-dire notre volonté commune de réduire progressivement le taux de sucre de certaines boissons.

En réalité, ce que le Parlement a voté l'an dernier a été efficace : les industriels ont réduit progressivement le taux de sucre de leurs boissons pour diminuer les taxes qu'ils devaient payer, mais il est vrai que l'un d'entre eux a préféré, de son côté, réduire le contenant.

Toutefois, ce que vous proposez, monsieur Bonhomme, présente un double désavantage.

D'une part, cela nuirait à la logique initiale de la mesure, qui était de taxer en fonction du taux de sucre pour prévenir le surpoids et le diabète. Nous ne serions plus dans la même logique de santé publique. Je dois ajouter que la réduction du contenant aboutit aussi, finalement, à ce que les gens consomment moins de sucre. Certes, ce n'est pas très glorieux pour les industriels en question, mais le fait est que la mesure adoptée l'an passé remplit son objectif de santé publique.

D'autre part, l'adoption de votre amendement modifierait de nouveau la règle fiscale, alors que, je l'ai dit, la mesure n'a été mise en place que l'an passé. Nous risquerions de déstabiliser un système récent qui porte ses fruits.

Votre proposition permet de mettre en lumière l'attitude de certains, mais son adoption serait contre-productive par rapport aux objectifs de santé publique que nous souhaitons atteindre. C'est pourquoi j'y suis défavorable.

M. le président. Monsieur Bonhomme, l'amendement n° 306 rectifié est-il maintenu ?

M. François Bonhomme. Certes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a légèrement infléchi les choses, mais la victoire n'est pas au rendez-vous, car la véritable question est la place du sucre dans l'ensemble des produits de consommation courante, notamment ceux qui sont destinés aux jeunes.

Ce n'est pas par hasard que les boissons sucrées sont en première ligne : elles sont les principales pourvoyeuses de sucre dit libre, celui qui fait le plus de dégâts chez les jeunes et chez les personnes précaires. Il s'agit d'un enjeu à la fois économique et de santé publique. En effet, je rappelle que le coût pour la sécurité sociale de la surconsommation de sucre s'élève à 19 milliards d'euros chaque année. Souvenons-nous aussi qu'en France la consommation atteint aujourd'hui 35 kilos par an et par personne, et entre 50 et 75 kilos dans certaines catégories d'âge !

Or, comme je viens de le dire en évoquant les comptes de la sécurité sociale, cette surconsommation a des conséquences sanitaires : elles peuvent être hépatiques, par exemple en termes de cirrhoses non alcooliques, ou cardio-vasculaires et peuvent parfois affecter la fertilité – un service basé à Toulouse travaille sur cette question.

C'est pourquoi je ne voudrais pas que nous nous satisfassions de l'inflexion constatée depuis l'adoption des nouvelles modalités de la taxe soda. Il ne faut pas en rester là ! Malheureusement, le sucre est un produit très peu cher, après que les marchés mondiaux se sont effondrés, et il est présent dans de nombreux produits sous forme cachée, alors que nous connaissons tous les dégâts qu'il produit chez les jeunes ou dans certains groupes sociaux.

J'espère que le Gouvernement prendra de nouvelles initiatives pour essayer de réduire la place du sucre dans les produits de consommation courante. En attendant, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 306 rectifié est retiré.

L'amendement n° 135 rectifié, présenté par Mme Deromedi, M. Frassa, Mme Di Folco, M. Mouiller, Mme Bruguière, MM. Kennel et H. Leroy, Mme Renaud-Garabedian, MM. Regnard, Lefèvre et Mayet, Mme Morhet-Richaud, MM. D. Laurent et Calvet, Mme L. Darcos, MM. Charon et Bonhomme, Mme Chain-Larché, MM. Allizard, Cuyper et Rapin, Mme Malet, M. Revet, Mme Thomas, M. Priou, Mmes Lherbier, Boulay-Espéronier et Lanfranchi Dorgal et MM. Segouin et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un rapport est présenté par le Gouvernement dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi sur le suivi des assurés à un régime obligatoire de sécurité sociale qui ont été atteints d'un cancer pédiatrique après leur majorité et cinq ans après le dernier traitement.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement, déposé sur l'initiative de Mme Deromedi, concerne le suivi des cancers pédiatriques.

Le suivi simple des enfants ayant été traités pour cancer s'étale sur cinq à sept ans. Ensuite, la prise en charge à 100 % est en principe supprimée, sauf en cas de cancer persistant ou recommençant.

Par ailleurs, les conséquences des traitements d'un cancer pédiatrique surviennent tardivement ou ne peuvent être détectées qu'après un certain nombre d'années. Par exemple, les séquelles les plus fréquentes n'apparaissent qu'après la puberté. Autre exemple, la stérilité. Ces deux types de séquelles ne sont généralement pas repérés lors de consultations de suivi simple, car les enfants sont trop petits et les séquelles ne sont pas encore développées.

De plus, ces jeunes adultes doivent s'approprier leur parcours médical pour se prendre en charge et connaître leurs risques.

Il est important de vérifier les procédures de suivi actuellement mises en œuvre. Cela contribuerait en effet à éviter certaines maladies : pathologies cardiaques ou cérébro-vasculaires, un second cancer, un handicap s'aggravant avec l'âge, etc.

Parmi les solutions possibles, on pourrait, par exemple, proposer le bénéfice d'une consultation gratuite pour ceux qui ne relèvent pas du régime de prise en charge des consultations et examens à 100 %.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Différents amendements ont été déposés sur ce sujet, mais ont été déclarés irrecevables, notamment pour des raisons financières. C'est pourquoi cet amendement prévoit simplement la présentation d'un rapport par le Gouvernement.

Le suivi, y compris lorsqu'elles sont adultes, des personnes ayant eu un cancer pédiatrique et des conséquences des traitements qu'elles ont alors reçus est un sujet important. La commission estime qu'un rapport *ad hoc* peut être intéressant, sans nécessairement entrer dans le détail des solutions possibles ; elle est donc plutôt favorable à cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il y a une forte mobilisation sur le sujet des cancers pédiatriques, mais je rappelle qu'un certain nombre de dispositions a déjà permis d'améliorer considérablement la prise en charge des enfants, notamment l'obligation de les soigner dans des centres dédiés, ce qui leur assure d'être pris en charge par des professionnels très spécialisés. Il n'est plus possible aujourd'hui de suivre un cancer pédiatrique dans un centre généraliste. Les procédures sont donc nettement plus normées qu'auparavant.

Monsieur Mouiller, vous évoquez la question du suivi des séquelles. C'est un réel problème, mais il concerne en fait des enfants pris en charge il y a de nombreuses années avant que les plans cancer successifs n'introduisent la régulation que nous connaissons aujourd'hui.

Le troisième plan cancer, que j'avais été chargée de préparer et qui couvre la période 2014-2019, fait des cancers pédiatriques une priorité et il comprend de nombreuses mesures sur le suivi à long terme : création d'un observatoire des cancers des enfants, mise en place d'un registre exhaustif afin de suivre tous ces enfants sur le long terme, y compris pour leurs séquelles éventuelles et les maladies secondaires.

Ces mesures vont permettre d'adapter le suivi au fur et à mesure en fonction des connaissances que nous aurons de ces séquences. Tout cela est donc dorénavant bien cadré.

Enfin, vous vous inquiétez de la prise en charge sur le long terme. Cette question a été réglée par un article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui prévoit une prise en charge à 100 % du suivi de ce type d'affections de longue durée, aussi appelé suivi post-ALD. Il suffit que les médecins – je l'ai moi-même fait – prescrivent un tel suivi, ce que font naturellement les oncologues, pour que leurs patients soient pris en charge à 100 % pour l'ensemble des examens liés à ce suivi, même s'ils n'ont plus le statut de malade chronique.

Cet amendement est satisfait par le droit en vigueur, les plans cancer successifs ayant permis d'améliorer les différents dispositifs pour mieux accompagner les familles et éviter ce que j'appelle les « trous dans la raquette » en termes de suivi des patients. C'est pourquoi je vous propose de le retirer.

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

M. Philippe Mouiller. Mme la ministre a présenté un certain nombre de mesures qui ont été prises au fil des années ; il serait intéressant pour la représentation nationale de disposer d'une présentation générale des modalités de suivi des personnes ayant eu un cancer pédiatrique, afin de pouvoir répondre aux inquiétudes de nos concitoyens.

Je retire cet amendement, monsieur le président.

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

Article 38 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2019, un rapport relatif aux dépenses de prévention des addictions, notamment concernant la prévention de l'alcoolisme, afin d'évaluer l'efficacité des dépenses. Le rapport met en avant l'articulation entre les dépenses de prévention et l'évolution des conduites addictives, notamment des hospitalisations et passages aux urgences liées à ces pratiques et les coûts engendrés par celles-ci.

M. le président. L'amendement n° 80, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La commission a souhaité supprimer l'article 38 bis du projet de loi, qui prévoit la remise au Parlement, au plus tard le 1^{er} juin 2019, d'un rapport évaluant l'efficacité des dépenses de prévention dans la lutte contre les addictions, notamment l'alcoolisme.

Il nous semble que cette demande de rapport est redondante avec l'arrêté retraçant les actions financées par le fonds et avec le rapport annuel d'activité du fonds que Mme la ministre a évoqué lors des débats à l'Assemblée nationale.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 80.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 38 bis est supprimé et les amendements n° 338 et 339 n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 338, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, MM. Théophile, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

I. – Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il évalue aussi les besoins liés à la prévention et à la prise en charge des conduites addictives liés aux jeux vidéo et aux jeux eu d'argent et de hasard en ligne.

II. – Deuxième phrase

Après le mot :

engendrés

insérer les mots :

ou qui seraient engendrés

L'amendement n° 339, présenté par MM. Théophile et Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, M. Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Compléter cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ce rapport inclut une évaluation des actions de prévention des addictions conduites outre-mer.

Article 39

- ① I. – Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, après le mot : « médicale, », sont insérés les mots : « ni aux pharmaciens qui effectuent des vaccinations, ».
- ② II. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le 8°, il est inséré un 9° ainsi rédigé :
- ④ « 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. » ;
- ⑤ 2° Au dernier alinéa, la référence : « et 8° » est remplacée par les références : « , 8° et 9° ».
- ⑥ III. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑦ 1° Au début du quatorzième alinéa, les mots : « 11° Des mesures » sont remplacés par les mots : « 12° Des mesures » ;
- ⑧ 2° Après le quatorzième alinéa, il est ajouté un 13° ainsi rédigé :
- ⑨ « 13° La tarification des honoraires dus aux pharmaciens par les assurés sociaux, lorsque le pharmacien effectue, en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, des vaccinations dont la liste et les conditions sont fixées par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. » ;

⑩ 3° Au dix-neuvième alinéa et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après les références : « aux 6° à 8° », sont insérés les mots : « et au 13° ».

⑪ IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mars 2019. Les expérimentations conduites en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prennent fin à la même date.

M. le président. L'amendement n° 236 rectifié, présenté par Mme Berthet, MM. Houpert et Laménié, Mmes Lamure et Lassarade, M. Guéné, Mmes Imbert et A.M. Bertrand, MM. Bonhomme, Brisson, Chaize et de Nicolaÿ, Mmes Delmont-Koropoulis et Deromedi, M. Ginesta, Mme Gruny, MM. Genest et Revet, Mmes Raimond-Pavero, Micouleau et Noël, MM. Paccaud et Magras, Mme Lavarde et M. Sido, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après le mot :

vaccinations

insérer les mots :

et dispenser les vaccins disposant d'un statut défini à l'article L. 5132-6

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Cet amendement vise à autoriser les pharmaciens à dispenser certains vaccins à prescription médicale obligatoire, dont la liste est fixée par arrêté. En effet, le statut de nombreux vaccins évolue, la prescription médicale passant de facultative à obligatoire. Les pharmaciens d'officine pourraient ainsi participer à la politique de renforcement de la couverture vaccinale et faciliter le parcours de soins des patients.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. J'ai aussi entendu l'inquiétude évoquée par Martine Berthet, lorsque j'ai auditionné les professionnels de la pharmacie. En effet, les dispositions de l'article 39 pourraient rester lettre morte en raison de textes européens prévoyant le passage de l'ensemble des médicaments injectables sous le régime de la prescription médicale obligatoire.

J'ai interrogé les services du ministère de la santé sur ce point ; ils m'ont indiqué qu'aucune adaptation législative n'était nécessaire dans l'immédiat, mais je souhaite connaître votre avis, madame la ministre, afin de lever ces inquiétudes.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article 39 vise à généraliser une expérimentation, non pas sur la délivrance des vaccins, mais sur la possibilité de se faire vacciner. Nous souhaitons ainsi faciliter le parcours de vaccination, sans remettre en cause l'encadrement médical mis en place par les autorités sanitaires sur les vaccins.

L'évolution progressive du statut de délivrance des vaccins provient en effet d'une mise en cohérence de la réglementation à l'échelle européenne. Historiquement, la France a permis la délivrance de vaccins par le pharmacien, mais cela n'est plus le cas aujourd'hui. Cette règle n'était pas cohérente avec les dispositions en vigueur pour les médicaments injectables. La France est favorable à cette réglementation européenne et s'y soumet.

Au regard de ces explications, madame Berthet, je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Madame Berthet, l'amendement n° 236 rectifié est-il maintenu ?

Mme Martine Berthet. Cet amendement avait justement pour objet, dans le cadre de cette réglementation qui rend obligatoire une prescription pour tous les médicaments injectables, de faciliter le processus de vaccination. Pour autant, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 236 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 39.

(L'article 39 est adopté.)

Article additionnel après l'article 39

M. le président. L'amendement n° 341, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, MM. Théophile, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les trois départements du Nord, de la Guyane et des Bouches-du-Rhône, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement d'une consultation unique de prévention pour les assurés âgés de 11 à 14 ans.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des trois agences régionales de santé Hauts-de-France, Guyane et Provence-Alpes-Côte d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

La parole est à M. Michel Amiel.

M. Michel Amiel. Madame la ministre, l'objet de cet amendement s'inscrit pleinement dans la politique de prévention que vous menez.

L'année dernière a été mise en place une consultation à l'âge de 25 ans pour tout ce qui concerne la prévention et le dépistage des cancers féminins.

Par cet amendement, je vous propose de mettre en place une consultation autour de l'âge de 12-14 ans, aussi bien pour les filles que pour les garçons. Elle serait destinée à la

prévention du papillomavirus et permettrait de proposer le vaccin contre cette maladie, sans pour autant le rendre obligatoire.

On sait désormais que ce vaccin a un effet préventif pour certains cancers et que les jeunes femmes ne sont pas les seules concernées ; les garçons le sont aussi. Une étude australienne a démontré l'efficacité de ce vaccin.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement vise en fait à prévoir la mise en place d'une expérimentation, dans laquelle le fonds d'intervention régional pourrait financer une consultation unique de prévention pour les jeunes.

M. Michel Amiel. Tout à fait !

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Les actions visant à sensibiliser les jeunes aux infections sexuellement transmissibles et à la vaccination, notamment contre le papillomavirus, peuvent intervenir dans le cadre des cours d'éducation sexuelle ou à l'occasion de la consultation pour les jeunes filles âgées de 15 à 18 ans sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles.

En outre, l'article 39 *bis* de ce projet de loi prévoit déjà une expérimentation visant à développer la couverture vaccinale contre les infections liées aux papillomavirus humains.

Les moyens du fonds d'intervention régional ne sont pas extensibles à l'infini et la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. La mise en place d'une consultation à 25 ans découle du plan Cancer, dont l'un des objectifs est de personnaliser les dépistages en fonction des niveaux de risques, notamment pour le cancer du sein et du col, et donc de permettre un dépistage précoce pour les femmes à haut risque. Cette consultation permet d'éviter des cancers du sein très précoces chez des femmes qui échappaient aux dépistages spécifiques, qu'ils soient génétiques ou par IRM.

Cette logique particulière est différente de la vaccination contre le papillomavirus, acte emblématique de prévention, qui doit être faite à l'âge de 11 ans.

En ce qui concerne la vaccination des garçons contre le papillomavirus – je rappelle qu'elle est pratiquée dans tous les pays anglo-saxons –, j'ai saisi la Haute Autorité de santé pour connaître son avis. J'attends sa réponse pour modifier, le cas échéant, le calendrier vaccinal.

Par cet amendement, monsieur Amiel, vous proposez de développer une consultation de prévention dédiée. L'article 37, que nous venons d'examiner, vise justement à renforcer le suivi des jeunes, en redéployant de 0 à 18 ans les examens de santé obligatoires. Nous venons ainsi de fixer ensemble trois nouvelles consultations : à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Elles traiteront notamment des questions de prévention et de santé sexuelle et la vaccination contre le papillomavirus y sera évidemment abordée.

Votre proposition est donc satisfaite par les dispositions de cet article du projet de loi et par la version du carnet de santé qui en découlera.

De manière plus générale, j'ai demandé que le contenu de ces consultations dédiées à la prévention soit harmonisé et plus homogène qu'aujourd'hui, afin de mieux cadrer les

choses. Nous le faisons dès maintenant pour la consultation à 25 ans et la Haute Autorité de santé le fera progressivement pour les autres consultations.

Pour toutes ces raisons, je vous propose de retirer votre amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Monsieur Amiel, l'amendement n° 341 est-il maintenu ?

M. Michel Amiel. Non, je le retire, monsieur le président. Mme la ministre est très convaincante ! (*Sourires.*)

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

Article 39 *bis* (nouveau)

① I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et garçons.

② II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des agences régionales de santé des régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes pour participer à l'expérimentation et après avis de ces agences.

③ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

M. le président. L'amendement n° 533, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Pour l'heure, le vaccin contre le papillomavirus est recommandé chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans et l'article 39 *bis* ouvre la voie à l'obligation vaccinale.

Or des effets indésirables graves sont apparus, ce qui rend nécessaire, à mon sens, d'encourager et d'intensifier les travaux de recherche pour en évaluer les causes, avant de passer à l'obligation.

Le Gardasil et le Cervarix, recommandés en prévention du cancer du col de l'utérus, « n'entraînent pas de risque accru de maladies auto-immunes », selon une étude de l'assurance maladie. Toutefois, des effets secondaires sont possibles, comme pour tout vaccin ou médicament, et les pathologies imputables à l'utilisation de sels aluminiques, parfois utilisés comme adjuvants, n'ont pas été analysées par cette enquête. Je pense notamment à la myofasciite à macrophages, dont les symptômes sont douleurs musculaires, épuisement et troubles cognitifs.

Nous avons eu un débat extrêmement houleux l'an passé et je redis aujourd'hui que je ne suis pas « anti-vaccin ». (M. René-Paul Savary s'exclame.)

Pour autant, les adjuvants aluminiques posent un problème d'ordre scientifique. Plusieurs études ont mis en évidence qu'ils pouvaient migrer dans le cerveau ou dans la rate. MM. Gherardi et Authier, professeurs à l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, l'ont démontré. Christopher Exley, spécialiste mondial en toxicité de l'aluminium, a également publié des alertes sur ce sujet et le professeur Schoenfeld, référence mondiale dans le domaine de l'auto-immunité, inclut la myofasciite à macrophages dans le syndrome des adjuvants.

Madame la ministre, à partir du moment où des doutes existent sur les adjuvants – je parle bien des adjuvants – et que d'autres substances existent, comme le phosphate de calcium – l'Institut Pasteur avait d'ailleurs retiré en 1974 l'aluminium de la liste des adjuvants qu'il utilisait –, il serait nécessaire de mettre sur pied une équipe totalement indépendante, qui pourrait d'une façon scientifique mener une expertise sur la toxicité ou pas de ces adjuvants.

Il faudrait aussi laisser le choix aux patients entre des vaccins contenant des sels aluminiques et des vaccins contenant d'autres adjuvants.

Pour l'heure, il ne nous semble pas souhaitable de rendre cette vaccination obligatoire. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Madame Cohen, vous demandez la suppression d'un article qui met en place une expérimentation dans deux régions, le Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, visant à vacciner les jeunes garçons et filles contre le papillomavirus.

Vous nous dites que vous n'êtes pas « anti-vaccin », mais vous développez tout de même des arguments ressassés depuis des années et destinés à faire peur. À mon sens, ces arguments sont totalement irresponsables au regard du bénéfice qu'apporte la vaccination. C'est la vaccination qui nous protège contre certaines maladies, on le voit avec la rougeole qui a connu ces dernières années une recrudescence.

Nous n'allons pas refaire le débat aujourd'hui, mais nous devons tout de même être responsables.

Nous sommes là pour parler de santé publique et non pas pour avaliser des reculades. Vous ne pouvez pas dire en même temps que vous êtes pour les vaccins et pointer systématiquement les problèmes. La vaccination protège les populations, notamment les plus jeunes.

Concernant le papillomavirus, il y a eu des études montrant que, dans les pays où il y a une couverture vaccinale forte, il y a une diminution, une disparition, même, de cancers secondaires. Quand on sait ce que sont les conséquences d'un cancer chez une jeune femme ou une jeune fille, alors que la vaccination aurait pu éviter cela, je pense que l'on ne peut pas développer ce type d'arguments.

Je suis tout à fait opposée à la suppression de l'article. Certes, il ne porte que sur une expérimentation, mais cet amendement traduit de fait une méfiance envers les vaccins et un moyen détourné de ne pas répondre à ce besoin de santé publique. L'avis est tout à fait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Cohen, j'ai beaucoup de respect pour votre travail. Vous travaillez beaucoup, mais, là, je note une incohérence absolument incroyable par rapport au positionnement de votre groupe. Le cancer du col de l'utérus, c'est le cancer le plus inégalitaire au monde. La circulation du virus HPV, son incidence et sa prévalence sont très importantes dans les territoires les plus défavorisés, touchant ces femmes des Hauts-de-France, des DOM, qui n'accèdent pas à des gynécologues ou à des médecins généralistes, en raison des consultations ou parce qu'elles vivent dans des déserts médicaux.

Le plan Cancer avait identifié comme première mesure pour éradiquer un cancer que nous pouvons prévenir à 100 % la vaccination HPV chez les jeunes femmes, notamment dans les territoires les plus défavorisés. C'est l'association vaccination et dépistage qui permettra d'éradiquer définitivement un cancer dont on ne devrait pas mourir et dont meurent, particulièrement, je le répète, les populations les plus défavorisées.

Madame Cohen, je ne comprends pas votre attitude, qui est de nature à faire peur, alors que, au contraire, vous devriez défendre l'accès à la vaccination pour toutes ces femmes. Vous contribuez aux inégalités de santé en tenant de tels propos, qui ne sont pas raisonnables sur le plan scientifique. Je rappelle que le vaccin contre le papillomavirus a fait l'objet de multiples études à travers le monde.

La dernière, la plus belle, est celle qu'a réalisée l'assurance maladie, Santé publique France et l'ANSM, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, à la suite de tous les débats qui ont pu avoir lieu, et qui date de 2016. Elle a été réalisée à partir des bases de données de l'assurance maladie. Les chiffres ne sont probablement pas exacts, mais il me semble que l'on a comparé un million de femmes non vaccinées à 800 000 femmes vaccinées contre le papillomavirus pour voir quelles maladies, notamment auto-immunes, mais pas seulement, auraient pu être détectées dans les suites. Cette étude ne montre aucune différence en termes de maladies auto-immunes sauf, pour être totalement précise, quatre cas de maladie de Guillain-Barré en plus dans la cohorte des femmes vaccinées, mais nous savons de longue date que les vaccins, comme les virus, peuvent donner des maladies de Guillain-Barré. C'est un risque connu, qui figure sur le RCP, le résumé des caractéristiques du produit, et qui est de l'ordre de un pour un million pour la plupart des vaccins. Je note d'ailleurs que le vaccin contre la grippe peut donner des Guillain-Barré, mais la grippe elle-même entraîne beaucoup plus de Guillain-Barré que la vaccination.

Tout cela est parfaitement connu, parfaitement codifié, scientifiquement démontré. Je le répète, il n'y a aucune maladie auto-immune après la vaccination contre le papillomavirus, en dehors du Guillain-Barré, qui est connu et figure dans le RCP. Je pense donc qu'il faut en finir avec ces mauvais débats. En l'occurrence, madame Cohen, je trouve que votre positionnement est totalement contraire au principe, que vous défendez, d'égalité devant la santé.

M. Gérard Dériot. Bravo !

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Permettez-moi de passer une deuxième couche ! (Sourires.) Il faut appeler les choses par leur nom. Aujourd'hui, on peut véritablement parler d'obscurantisme anti-vaccinal, un obscurantisme, il faut le reconnaître,

malheureusement porté parfois par le corps médical, voire des sommités médicales. Une en particulier. Vous voyez à qui je pense...

Mme Agnès Buzyn, ministre. Des sommités médiatiques, plutôt !

M. Michel Amiel. Disons, qui fut une sommité médicale.

Je me permets d'ajouter à votre plaidoyer la notion de bénéfices-risques. Il n'est pas question de dire que le vaccin ne présente aucun risque. Mme la ministre a rappelé la maladie de Guillain-Barré. Pour ma part, en trente-cinq ans d'exercice, j'ai eu un cas de Guillain-Barré, qui faisait suite, non pas à la vaccination antigrippale, mais à la grippe proprement dite.

Cette notion de rapport bénéfices-risques est une bonne approche pédagogique. C'est ce que le patient doit s'entendre dire lorsqu'il interroge son médecin de la sorte : « Docteur, n'y a-t-il aucun risque à faire le vaccin ? » Bien entendu, il y a un risque, mais il est infiniment moins important que celui qui existe si vous ne le faites pas, et en particulier concernant le papillomavirus.

Pour avoir participé à cette étude, en tant que membre du conseil général à l'époque, je peux dire que, effectivement, le cancer du col de l'utérus, n'ayons pas peur des mots, est aujourd'hui une maladie de la précarité. Ce cancer, à un stade avancé – je ne parle pas de la néoplasie cervicale intraépithéliale, ou CIN –, touche des femmes qui ne sont pas suivies sur le plan gynécologique, soit pour des raisons liées à la précarité, soit, dans certains quartiers, pour des raisons de nature sociologique. Je le dis, parce que c'est la vérité. Bien évidemment, mon propos n'est pas de stigmatiser une population, bien au contraire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai insisté sur l'importance de la consultation tout à l'heure.

Il y a une façon élégante de contourner cette difficulté, c'est le vaccin. Celui-ci ne protège pas à 100 %, vous le savez. Il y a notamment la myofasciite à macrophages, que vous avez citée, madame Cohen. Je veux bien, mais je lis la littérature médicale et je ne connais qu'une équipe qui a publié sur ce sujet. À croire que cette maladie n'existe qu'en France, et encore dans un territoire délimité.

Vraiment, s'opposer aujourd'hui au vaccin est un très mauvais signal. (*Mme Laurence Cohen s'exclame.*) Nous ne sommes pas du même bord politique, mais nous partageons de nombreuses valeurs sur le plan sanitaire. C'est pourquoi je trouve cela dommage. Le Parlement a justement la possibilité d'envoyer un message fort pour lutter contre, j'y insiste, cet obscurantisme.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Lorsque je discute avec des personnes qui remettent en cause les vaccins ou l'obligation vaccinale, je leur pose une question, après avoir raconté ce qui s'est passé avec la polio dans notre pays. On a tout de même éliminé la polio avec un vaccin vivant atténué, différent de celui d'aujourd'hui, qui a donné la polio à des enfants. On a utilisé un vaccin, qui a permis d'éradiquer la polio de notre pays, mais certains enfants ont eu, non pas des troubles, mais la polio. Oui ou non, fallait-il le faire ? Cela nous ramène à la question sur la façon dont la société arbitre une décision et selon quelles valeurs.

Ma profonde incompréhension, madame Cohen, vient de ce que vous portez très souvent, et c'est fort honorable, l'intérêt collectif et l'intérêt général face aux dérives de l'individualisme. Or, sur ce débat de la vaccination, il est justement question de savoir si l'on fait toujours primer la liberté individuelle, qui est une valeur que nous partageons tous ici, sur l'intérêt collectif, général. Ce refus systématique de certains de se plier à l'intérêt de la collectivité est une dérive de notre société que je n'accepte pas, ni philosophiquement ni politiquement.

Ce débat scientifique autour d'une personne sur un million qui a un effet secondaire du vaccin ne m'intéresse pas, pour une fois, parce que je sais que l'on protège les 65 millions d'autres personnes. Pour moi, le débat scientifique est donc tranché et le débat politique doit conduire à faire primer l'intérêt général sur la liberté individuelle de chacun. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain, ainsi que sur des travées du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, du groupe La République En Marche, du groupe Les Indépendants – République et Territoires, du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je suis totalement en phase avec la position que vous avez exprimée, madame la ministre, tout comme avec l'intervention de Bernard Jomier.

Je voudrais juste ajouter un élément d'information à ce débat, en vous livrant les termes d'une enquête des Entreprises du médicament, ou LEEM, publiée voilà quelques jours. Après une baisse continue depuis 2015, le niveau de confiance dans les médicaments se stabilise ; 8 Français sur 10 ont confiance dans les médicaments en général, surtout dans ceux qu'ils prennent. De même, pour les vaccins, après la baisse de 2016 à 69 % de confiance, le niveau progresse de nouveau cette année à 71 %, dont 22 % de « tout à fait confiance ». Le rapport bénéfices-risques associé aux vaccins rebondit également : 52 % des Français considèrent désormais que les vaccins présentent plus de bénéfices que de risques pour la santé. À mon sens, ce taux reste faible, mais que la courbe puisse s'inverser dans le sens d'une plus grande confiance dans les vaccins chez l'ensemble de nos concitoyens serait bien évidemment une excellente nouvelle.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Je suis sensible aux sollicitations et aux qualités qui ont été attribuées à mon groupe, qui est réputé mener un combat pour l'égalité et le bien commun, au profit des personnes les plus en difficulté. C'est un hommage que j'apprécie, parce qu'il est justifié, et qu'il s'appuie sur un travail de fond.

Effectivement, avant de tenir les propos que j'ai tenus, j'ai rencontré les professeurs Gherardi, Authier, Schoenfeld, Exley, et bien d'autres.

J'entends les arguments qui ont été donnés, mais ils partent d'un postulat qui est faux. Je n'ai pas mis en question les vaccins ni remis en cause la vaccination : j'ai parlé d'adjuvants aluminiques.

Je le redis haut et fort, je suis pour les vaccins ; mon groupe est pour les vaccins ; nous sommes vaccinés, et je suis contre tous les lobbies qui viennent nous harceler avec des mails insultants en propageant leurs idées obscurantistes. Je soulève simplement une question qui fait l'objet de blocages que je

n'arrive pas à comprendre : pourquoi a-t-on substitué à un adjuvant qui s'appelle le phosphate de calcium les sels aluminiques, qui, visiblement, pourraient avoir des effets indésirables ? Je reste prudente, et je réclame des contre-expertises. Ce n'est tout de même pas quelque chose d'extraordinaire, qui sort du chapeau. On m'oppose une fin de non-recevoir : les sels aluminiques, et rien d'autre ! Tant pis pour les cas de myofasciite à macrophages : ce sont les risques ! C'est facile de parler ainsi quand on n'en est pas victime.

Le débat doit donc être recadré : je m'interroge non pas sur les vaccins, mais simplement sur les adjuvants aluminiques. Pourquoi ne propose-t-on pas d'autres adjuvants ? Y a-t-il des intérêts particuliers ou les autres adjuvants présentent-ils des contre-indications ?

Madame la ministre, mes chers collègues, ne nous faites pas dire, à mon groupe et à moi-même, des choses que nous ne disons pas. Si, effectivement, nous étions « anti-vaccin », je comprendrais que tous nos collègues se dressent contre nos propos, mais tel n'est pas le cas. Nous avons simplement des questionnements politiques, d'ordre économique, aussi, mais, surtout, de santé publique. Après, libre à vous de voter contre notre amendement, mais n'essayez pas de tordre le bâton dans l'autre sens.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 533.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 81, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 1

Remplacer les mots :

les régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

par les mots :

deux régions volontaires

et les mots :

des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé

par les mots :

d'actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des campagnes d'information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires mentionnés à l'article L. 541-3 du code de l'éducation, en partenariat avec les médecins et infirmiers de l'éducation nationale et les services de santé scolaire,

II. - Alinéa 2

1° Première phrase

a) Après le mot :

précise

insérer les mots :

le délai dans lequel les régions informent le représentant de l'État de leur volonté de participer à cette expérimentation,

b) Remplacer les mots :

du projet à présenter dans chaque région

par les mots :

de l'appel à projets

c) Compléter cette phrase par les mots :

en vue d'une éventuelle généralisation

2° Dernière phrase

a) Remplacer les mots :

concernés au sein des agences régionales de santé des régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes

par le mot :

retenus

b) Après le mot :

expérimentation

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

, après avis des agences régionales de santé concernées.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Notre amendement vise à préciser la nature et le champ des actions qui pourront être mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation.

Nous mettons notamment en avant l'indispensable partenariat avec les acteurs de la santé scolaire. Il s'agira ainsi de financer des actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des campagnes d'information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires, en partenariat avec les médecins et infirmiers de l'éducation nationale et les services de santé scolaire.

Dans l'article tel qu'il a été voté à l'Assemblée nationale, deux régions sont déjà retenues pour l'expérimentation : Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes. Il a semblé à votre commission qu'il était préférable de laisser à l'État le soin de sélectionner les deux régions pilotes de l'expérimentation dans le cadre d'un appel à projets régionaux, et donc de ne pas cibler d'emblée les deux régions sélectionnées.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Comme je l'ai déjà dit, la HAS rendra ses conclusions sur la vaccination des garçons en 2019. Là, il s'agit d'un cadre expérimental, dont vous souhaitez clarifier les objectifs. Si nous sommes d'accord sur la première partie de votre amendement, madame la rapporteur, qui est de laisser le libre choix des régions de candidater, nous sommes un peu plus réservés sur une expérimentation portant sur des actions de sensibilisation et d'information. D'abord, je ne suis pas sûre que cette expérimentation ait cet objectif. Ensuite, nous avons déjà prévu, dans le plan Cancer, de mettre en place des projets de recherche interventionnelle sur l'identification des freins à la vaccination et pour savoir comment les contrecarrer.

J'émet un avis de sagesse en raison de cette partie sur le cadrage de l'expérimentation.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Si nous voulons apporter cette précision, madame la ministre, c'est justement parce que l'article issu de l'Assemblée nationale est peu précis. Il s'agit de focaliser un peu les actions. J'entends vos remarques, mais je vais maintenir l'amendement, tout en souhaitant que l'article soit retravaillé dans le cadre de la navette.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je m'abstiendrai par solidarité, puisque la région Grand Est était ravie d'être ciblée région expérimentale.

M. Gérard Dériot. Pareil pour Auvergne-Rhône-Alpes! (*Sourires.*)

Mme Véronique Guillotin. Nous serons de toute façon candidats pour être région expérimentale pour le papillomavirus.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 81.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 39 *bis*, modifié.

(*L'article 39 bis est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 39 *bis*

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 10 rectifié *quater* est présenté par Mmes Estrosi Sassone et Micouleau, M. Bonhomme, Mme Deromedi, M. de Nicolaj, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguière, MM. Huré et Grosdidier, Mmes Raimond-Pavero, Gruny, A.M. Bertrand et Lanfranchi Dorgal, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Cuypers, Mme Dumas, MM. Pellevat, Kennel, J. M. Boyer et Cambon, Mme Garriaud-Maylam, MM. Duplomb, Saury et Leleux, Mmes L. Darcos et Renaud-Garabedian, MM. Priou et Piednoir, Mme M. Mercier, MM. Pointereau, Lefèvre et Revet, Mme Berthet, MM. B. Fournier, Raison, Perrin, Mayet et Vaspert, Mme Thomas, MM. Babary, Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et MM. Sido et Gremillet.

L'amendement n° 50 rectifié *ter* est présenté par MM. Paccaud et Bouchet, Mme Duranton, M. Houpert, Mme Lassarade, M. H. Leroy, Mme Malet et MM. Ponia-towski, Schmitz et Sol.

L'amendement n° 288 rectifié est présenté par MM. Prince, Henno et Mizzon, Mmes C. Fournier, Guidez, Dindar et les membres du groupe Union Centriste.

L'amendement n° 368 rectifié *ter* est présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, M. Tourenne, Mme Espagnac, M. Iacovelli, Mme Ghali, M. P. Joly, Mme Prévile, M. Vaugrenard, Mme Bonnefoy et M. Jacquin.

L'amendement n° 590 rectifié est présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, A. Bertrand, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, M. Gabouty, Mme Guillotin et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 39 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2019 et pour une période n'excédant pas trois ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la téléorthophonie, pour des patients pris

en charge, d'une part, en ville, et, d'autre part, en établissements hospitaliers et en structures médico-sociales par téléexpertise et téléintervention orthophonique.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé.

Les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les orthophonistes volontaires peuvent participer à ces expérimentations.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, il peut être dérogé :

1° Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-14-1, L. 162-26 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et orthophonistes par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Aux articles L. 314-1, L. 314-2 et L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° Aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 dudit code ;

4° Aux articles L. 160-13 et L. 160-14 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique.

Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9.

Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. – Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par téléorthophonie dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées.

Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention dans des conditions garantissant le respect du secret médical. La Caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de

ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en téléorthophonie dans le cadre de l'expérimentation.

IV. – Au terme de cette expérimentation, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé, en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes d'assurance maladie, les orthophonistes participant à l'expérimentation.

Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

La parole est à Mme Brigitte Micouneau, pour présenter l'amendement n° 10 rectifié *quater*.

Mme Brigitte Micouneau. Cet amendement a pour objet d'autoriser l'expérimentation du financement d'actes de téléorthophonie, dans le but d'accélérer le déploiement des nouveaux usages de la téléorthophonie en ville, au sein des établissements hospitaliers et des structures médico-sociales.

Cette expérimentation rechercherait un triple objectif : faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones de désertification médicale ; optimiser le parcours de santé, principalement des personnes âgées ou des personnes à mobilité réduite ; renforcer l'efficacité de la prise en charge des patients.

Cette expérimentation porterait sur le déploiement de la téléorthophonie pour les patients pris en charge en ville, au sein des établissements hospitaliers et dans des structures médico-sociales, sur plusieurs régions pilotes, pour une durée de trois ans. Elle serait fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Son pilotage reposerait fortement sur les agences régionales de santé. Elle pourrait notamment s'appliquer au suivi des séquelles des AVC ou dans le cadre de traitement en cancérologie ayant un impact majeur au niveau de la communication du langage et des fonctions oro-faciales, par exemple. L'évaluation de cette expérimentation serait conduite par la Haute Autorité de santé, et elle nécessiterait de déroger aux règles de tarification de droit commun.

M. le président. La parole est à M. Alain Schmitz, pour présenter l'amendement n° 50 rectifié *ter*.

M. Alain Schmitz. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour présenter l'amendement n° 288 rectifié.

Mme Élisabeth Doineau. Il est lui aussi défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour présenter l'amendement n° 368 rectifié *ter*.

Mme Victoire Jasmin. Je considère moi aussi qu'il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 590 rectifié.

M. Guillaume Arnell. Je n'ai rien à ajouter aux arguments excellemment présentés, monsieur le président !

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Un avenant à la convention nationale des orthophonistes, signé en octobre 2017, prévoit en effet d'engager entre les partenaires conventionnels une réflexion sur la possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir à distance auprès des patients *via* la téléorthophonie, d'abord dans le cadre d'expérimentations. Le

principe peut être intéressant pour faciliter le suivi de certains patients, mais il est préférable de l'expérimenter dans un premier temps, avant de l'inscrire dans le droit commun, comme la précédente LFSS l'a autorisé.

La commission a émis un avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous venons de faire entrer dans le droit commun la télé-médecine, la téléconsultation, la téléexpertise, mais la question de l'accès des auxiliaires médicaux à ces pratiques n'est absolument pas cadré.

C'est une problématique sur laquelle nous souhaitons travailler, parce que nous avons des demandes multiples : les orthophonistes, mais d'autres professionnels veulent aussi s'inscrire dans cette dynamique.

Néanmoins, nous pensons que cette question ne doit pas figurer dans un projet de loi financier. Il y a tout un travail de santé publique que nous devons faire sur les besoins de la population, l'offre, le cadrage, et nous ne sommes pas disposés à accorder une expérimentation à ces professionnels plutôt qu'à d'autres. En réalité, les besoins sont multiples et concernent des patients atteints de pathologies différentes.

Le vote de cet amendement ouvrirait la porte à des demandes similaires par de nombreuses autres professions. Nous préférons travailler petit à petit avec les professions qui souhaitent s'inscrire dans ce nouveau mode d'exercice, pour cibler avec elles la réalité des besoins et organiser le cadrage de ces pratiques. Pour l'instant, fixer un tarif serait totalement prématuré. Nous pensons, je le répète, que ce n'est pas dans ce cadre que nous devons travailler ces sujets.

C'est pourquoi je sollicite le retrait de ces amendements, faute de quoi j'y serai défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. La demande de Mme la ministre est sage. Il faut tout de même cadrer un peu plus les choses. En tant qu'orthophoniste de profession, et même si la demande émane du syndicat des orthophonistes, je pense qu'il y a matière à réfléchir plus longuement à la question.

Cette demande part d'un constat de pénurie de professionnels de la rééducation du langage. Cette profession est très spécifique et demande un lien très fort pour voir des progrès avec les patients. Il y a, certes, une part technique, mais également une très grande part psychologique, notamment lorsque l'on travaille avec des adultes ayant des troubles aphasiques. Or ce lien ne pourra pas se créer au travers de la téléorthophonie. Il faut bien y réfléchir. Il ne suffit pas de dire que c'est un moyen moderne. Sur certains aspects de la pratique, cela peut aider, mais il me semble que le projet n'est pas mûr. C'est pourquoi je soutiens la demande de Mme la ministre.

M. le président. Madame Micouneau, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Brigitte Micouneau. Au vu de l'explication de notre orthophoniste, Laurence Cohen (*Sourires.*), je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 10 rectifié *quater* est retiré.

Monsieur Schmitz, madame Doineau, madame Jasmin, monsieur Arnell, faites-vous de même ?

M. Alain Schmitz. Oui, monsieur le président.

Mme Élisabeth Doineau. Moi aussi, monsieur le président !

Mme Victoire Jasmin. Je retire également le mien, monsieur le président.

M. Guillaume Arnell. J'en fais de même, monsieur le président !

M. le président. Les amendements n° 50 rectifié *ter*, 288 rectifié, 368 rectifié *ter* et 590 rectifié sont retirés.

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

L'amendement n° 342, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, MM. Théophile, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Après l'article 39 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé et du personnel soignant et non soignant dans les établissements de santé public ou privés ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur, pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Monsieur Amiel, pouvez-vous présenter en même temps l'amendement n° 343 ?

M. Michel Amiel. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 343, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, MM. Théophile, Yung et les membres du groupe La République En Marche, est ainsi libellé :

Après l'article 39 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État peut autoriser pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur, à titre expérimental, le financement,

par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des professionnels de santé.

II – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé des régions Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

La parole est à M. Michel Amiel, pour présenter ces deux amendements.

M. Michel Amiel. Ces amendements portent sur la vaccination antigrippale. Bien que les sujets soient un peu différents, je présenterai également l'amendement n° 344, qui vient juste après dans le dérouleur de séance.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 344, présenté par M. Amiel, Mme Schillinger, MM. Lévrier et Patriat, Mme Cartron, MM. Cazeau, Dennemont, Hassani, Karam, Marchand, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Rauscent, MM. Théophile, Yung et les membres du groupe La République En Marche, et ainsi libellé :

Après l'article 39 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'État autorise pour une durée de trois ans, dans les deux régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte d'Azur, à titre expérimental, le financement, par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination antigrippale des enfants.

II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Le contenu de chaque projet d'expérimentation régional est défini par rapport à un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires concernés au sein des deux agences régionales de santé Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur pour participer à l'expérimentation et après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

Veillez poursuivre, monsieur Amiel.

M. Michel Amiel. Le premier amendement a pour objet de prévoir une expérimentation, puisqu'il faut parfois en passer par là, pour rendre obligatoire la vaccination contre la grippe du personnel, en général, exerçant dans des établissements de santé publics, privés, mais également en libéral. Il a été montré, et la Cour des comptes l'a rappelé, que la non-vaccination du personnel était un véritable problème dans ces établissements, en particulier dans les EHPAD. Il faut savoir que la grippe, maladie banalisée, est la première cause de mortalité par maladie infectieuse dans notre pays.

Le deuxième amendement est un amendement de repli. En effet, je sais que l'on va m'expliquer, sans que j'aie encore compris pourquoi, qu'il n'est pas possible d'obliger le personnel à se vacciner. Cet amendement ne concerne donc que le personnel soignant.

Le troisième amendement, qui ne vise qu'à reprendre une préconisation de la Haute Autorité de santé, est de proposer, sans la rendre obligatoire, la vaccination en pédiatrie. On sait bien que les enfants sont le principal réservoir du virus.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. S'agissant de l'amendement n° 342, le code de la santé publique prévoit déjà que toute personne travaillant dans un établissement accueillant des personnes âgées et exerçant une activité l'exposant à une contamination doit être immunisée contre plusieurs maladies, dont l'hépatite B et la grippe. Toutefois, cette obligation vaccinale peut être suspendue par décret. Un décret du 14 octobre 2006 a ainsi suspendu la vaccination obligatoire des professionnels de santé contre la grippe.

Si nous voulons plaider pour le rétablissement de cette obligation vaccinale, il nous a semblé plus simple d'encadrer dans le code de la santé publique la possibilité pour l'État de suspendre cette obligation, lors de l'examen du projet de loi annoncé sur la santé, plutôt que d'expérimenter. Nous souhaitons donc avoir l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 342 et 343.

Nous sollicitons également l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 344. Cette proposition d'expérimentation porte tout de même sur une vaccination qui doit être effectuée tous les ans sur des enfants.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Évidemment, monsieur Amiel, vous touchez là une corde sensible. Pour ma part, je pense que c'est un enjeu déontologique pour les soignants que d'être vaccinés. Un soignant a comme première obligation de ne pas nuire. Quand un soignant peut transmettre une maladie potentiellement mortelle chez un de ses malades, c'est vraiment un enjeu déontologique.

J'ai, cette année, proposé aux sept ordres des professionnels de santé de signer avec moi une charte d'engagement, pour qu'ils incitent tous les professionnels dont ils ont la charge à se faire vacciner, parce que c'est avant tout, je le répète, un problème déontologique.

Je veux revenir sur ce décret qui a été abrogé en 2006. L'histoire est liée en fait à un avis du Conseil d'État qui a, sur la base de la proportionnalité du risque et de l'obligation, estimé que, la vaccination antigrippale n'étant pas à 100 % protectrice et entraînant un bénéfice individuel assez faible pour celui qui la recevait – un soignant en bonne santé a peu de risques de mourir de la grippe ; si on lui demande de se

vacciner, c'est pour protéger les personnes âgées ou les personnes vulnérables –, il n'était pas justifié de recourir à l'obligation vaccinale. Le gouvernement de l'époque a donc pris ce décret d'abrogation.

Cela dit, quand on voit les ravages de la grippe aujourd'hui, l'engorgement des urgences tous les ans au mois de décembre, les dégâts et le coût sociétal, je me pose la question de réinterroger le Conseil d'État sur l'obligation vaccinale des soignants.

Pour l'instant, j'ai considéré qu'il fallait tout mettre en œuvre pour faciliter la vaccination des soignants dans les établissements de santé, dans les EHPAD. Des circulaires ont donc été envoyées à tous les établissements. Nous essayons vraiment de relancer de façon très proactive cette vaccination. Nous avons demandé aux ordres professionnels de s'engager à nos côtés. Si nous voyons que la montée en charge de cette vaccination est insuffisante, je pense que nous pourrions réinterroger le Conseil d'État sur la possibilité de la rendre obligatoire pour protéger nos aînés et les personnes malades.

Au bénéfice de ces explications, je vous propose de retirer vos amendements. (*M. Michel Amiel se montre dubitatif.*) Semble-t-il, vous ne le souhaitez pas ! (*Sourires.*) À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote sur l'amendement n° 342.

M. Michel Amiel. Cette fois, madame la ministre, votre charme n'agit pas ! (*Rires.*) Je ne retirerai pas mes amendements pour marquer le coup, même si j'ai entendu vos arguments. Je vous donne rendez-vous à l'année prochaine, sur le même sujet !

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Je veux juste vous poser une question, madame la ministre. Vous évoquez une démarche avec les ordres pour les personnels soignants, mais *quid* des personnels non soignants travaillant dans les EHPAD ? Pour ces personnels qui ne relèvent pas d'un ordre, on a un taux de vaccination inférieur à 50 %, et encore je suis optimiste.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous avez raison, cette démarche doit inclure toutes les personnes qui interviennent auprès de publics vulnérables. En réalité, elle devrait valoir pour toutes les personnes en contact avec le public. Il faut bien trouver une limite. Ce qui compte, c'est que l'on réduise la circulation du virus, que l'on s'attaque aux établissements de santé et aux EHPAD. Je le confirme, dans notre esprit, ce sont bien tous les personnels intervenant auprès des personnes âgées dans les EHPAD qui sont visés, mais nous ne pouvons mobiliser que les ordres professionnels. Ce serait déjà bien si nous pouvions obtenir une augmentation de la vaccination des infirmières, des médecins, des sages-femmes, les taux de vaccination étant au-dessous de 50 % ; c'est très choquant. Mais j'entends bien la totalité des personnels.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote sur l'amendement n° 343.

M. Michel Amiel. Je voudrais répondre à Mme Rossignol. Peut-être ai-je eu le tort de faire une présentation globale. Le premier amendement concerne l'ensemble du personnel, tandis que l'amendement n° 343 est un amendement de

repli pour le personnel soignant. Il est évident que la secrétaire employée d'un EHPAD peut autant propager la maladie que l'infirmière elle-même ou le médecin.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 342.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 39 bis, et l'amendement n° 343 n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 344.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 39 bis.

Chapitre III

AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE

Article 40

- ① I. – Le livre I^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le titre III est complété par un chapitre V ainsi rédigé :
- ③ « CHAPITRE V
- ④ « *Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement*
- ⑤ « *Art. L. 2135-1.* – Pour l'accompagnement des enfants présentant un trouble du neuro-développement et pour la réalisation d'un diagnostic, un parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie.
- ⑥ « Le parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code.
- ⑦ « Les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale, aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues peuvent conclure avec les structures désignées au deuxième alinéa du présent article un contrat, conforme au contrat type défini par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du handicap. Ce contrat prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.
- ⑧ « La prise en charge du parcours est soumise à prescription médicale.

⑨ « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. » ;

⑩ 2° L'article L. 2112-8 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation au premier alinéa, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours mentionné à l'article L. 2135-1. »

⑪ II. – La section 10 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rétablie :

« Section 10

⑫ « *Dépenses relatives au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement*

⑬ « *Art. L. 174-17.* – Les structures désignées en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique perçoivent une dotation pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement, versée par la caisse mentionnée au premier alinéa des articles L. 174-2 ou L. 174-8 du présent code. »

⑭ III. – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

⑮ IV. – Le huitième 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 est complété par la référence : « et L. 174-17 ».

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

M. Bernard Bonne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, l'article 40 est le seul du PLFSS à évoquer l'accompagnement des personnes handicapées. Son dispositif n'en est pas moins particulièrement ambitieux, en ce qu'il propose une prise en charge financière intégrale d'un parcours de bilan et intervention précoce pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement ou TND.

J'ai pu constater, madame la ministre, que la mesure, bien qu'animée des meilleures intentions, n'était pas toujours parfaitement comprise des personnes auxquelles elle s'adresse. Améliorer le champ du diagnostic était indispensable, mais le faire sans mentionner celui du repérage ne pouvait que créer quelques incompréhensions, qu'il nous faudra clarifier au cours du débat.

Un autre point doit être soulevé. L'article 40 introduit dans la loi la notion de troubles du neuro-développement, dont je dois signaler qu'elle n'est pas encore intégrée à la classification internationale des maladies, la CIM, telle qu'établie par l'Organisation mondiale de la santé. L'incorporation de cette nouvelle catégorie diagnostique n'interviendra qu'en 2022, lorsque la onzième version de la CIM sera officiellement adoptée par l'OMS.

Entre-temps, des repérages et des diagnostics auront été réalisés sur le fondement d'une notion thérapeutique dont les maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH, qui appuient la recevabilité des demandes qu'elles reçoivent sur la CIM en vigueur, n'auront pas connaissance.

Afin d'assurer la pleine effectivité de cet article 40 et de faire en sorte que ces diagnostics et ces parcours de bilan puissent réellement donner lieu à des accompagnements, j'insiste, madame la ministre, pour qu'une instruction minis-

térielle soit rédigée à destination des MDPH. Ces dernières doivent en effet intégrer, avant l'adoption de la nouvelle CIM, cette nouvelle catégorie des troubles du neuro-développement.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Monsieur le président, permettez-moi, à l'occasion de l'examen de cet article, d'évoquer une problématique à laquelle il me semble que nous devons, en notre qualité de législateurs, apporter des réponses.

J'ai eu l'occasion de rencontrer l'association Azur, qui rassemble des familles d'enfants atteints de troubles du spectre autistique, TSA, ou autres. Ces familles se retrouvent souvent seules à devoir courir les cabinets médicaux pour les dépistages, à monter les dossiers auprès des MDPH, à chercher la meilleure solution pour l'accueil de leurs enfants à l'école, en institut médico-éducatif, en IME, voire, dans certains cas, à l'étranger. Chez moi, dans le Pas-de-Calais, les parents se rendent en Belgique. Ce qui m'a le plus frappée, c'est l'isolement dans lequel se retrouvent ces familles, notamment les mères, une fois le diagnostic posé. Entièrement occupées à assurer le meilleur pour leurs enfants, elles arrêtent parfois de travailler et se retrouvent complètement démunies. Elles m'ont expliqué combien, peu à peu, elles se désocialisent.

En cette matière, le handicap mental est un poids très lourd à porter, puisqu'il réduit l'autonomie de son porteur. Les différentes lois sur le handicap sont insuffisantes et ne tiennent pas compte des spécificités du handicap mental pour les personnes atteintes et leur entourage.

Cet article a le mérite d'exister. En plus d'une meilleure prise en charge des parcours, c'est aussi d'accompagnement par les institutions de référence que les parents ont besoin. Le « ping-pong » entre MDPH, rectorat, CAF n'est pas seulement usant, il peut parfois être préjudiciable. Dans la jungle des dossiers à compléter, la moindre erreur peut en effet coûter cher, d'autant qu'il se passe, malheureusement, plusieurs mois avant que les premiers versements à prestations se mettent en place pour ces familles.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. Madame la ministre, je prends la parole sur cet article pour vous dire l'inquiétude de nombre de familles, acteurs associatifs et intervenants auprès d'enfants « dys » et TDAH.

L'article 40 vise à créer une nouvelle prestation, prise en charge entièrement par l'assurance maladie, à destination des enfants présentant des troubles du neuro-développement. Cette prestation, sous la forme d'un parcours de soins coordonnés, devra être organisée par des structures dites de deuxième ligne médico-sociales ou sanitaires, lesquelles recevront un « forfait de bilan et intervention précoce ».

La mesure s'inscrit dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022. Or, si elle représente une avancée en termes de repérage des troubles du spectre de l'autisme, ce dont je me réjouis, inclure dans le cadre de cette mesure les enfants « dys » et TDAH risque de les exposer à un éventuel amalgame et à une confusion particulièrement contre-productifs pour eux.

L'appartenance aux TND ne crée pas une homogénéité des besoins et des parcours. En effet, les troubles « dys » et TDAH, en tant que troubles cognitifs spécifiques, nécessitent des explorations pluridisciplinaires, qui sont étrangères à l'approche psychologique ou psychanalytique. Elles interviennent d'ailleurs généralement après l'âge de 6 ans. Le risque d'équivoque et de glissement des repérages pour les enfants « dys » et TDAH vers des diagnostics de TSA est énorme, car ces troubles cognitifs spécifiques, quand ils sont mal identifiés, conduisent très fréquemment à les y assimiler.

Comment donc ne pas s'inquiéter en constatant que les suivis proposés seront pilotés par des structures et des professionnels largement orientés vers une approche essentiellement psychologique et, surtout, psychanalytique des troubles ?

Oui, le dépistage des enfants « dys » et TDAH est essentiel.

Oui, les familles ont besoin d'une prise en charge des bilans et des suivis de leurs enfants, notamment en neuropsychologie, psychomotricité et ergothérapie.

Il me paraît urgent de mettre en place une concertation sur ces sujets et de faire le lien avec ce qui se passe dans nos écoles, les MDPH renvoyant toujours plus d'enfants « dys » et TDAH vers le plan d'accompagnement personnalisé, le PAP, au détriment du plan personnalisé de scolarisation, pourtant le seul dispositif adapté à des enfants présentant un handicap au sens de la loi de 2005. J'avais d'ailleurs interpellé au Sénat le ministre de l'éducation nationale sur ce sujet lors d'un débat, le mois dernier, sur la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Les « dys » et TDAH représentent 80 % des enfants porteurs de troubles neuro-développementaux. Ils ne sont pas autistes et méritent un projet qui tienne véritablement compte de la réalité et des spécificités de leurs troubles.

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Cet article s'inscrit pleinement dans l'un des objectifs de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022, qui est d'intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement, afin de limiter le surhandicap. Il est en effet primordial que l'enchaînement des actions de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce soit rapide et fluide.

Dans nos territoires respectifs, nous connaissons, hélas, les carences du système, la détresse des familles et de leurs enfants : un temps précieux perdu en raison d'un manque de formation au repérage ou de la saturation des structures spécialisées dans le diagnostic, mais également des obstacles à la prise en charge par l'assurance maladie.

L'amélioration de la prise en charge grâce à une nouvelle prestation est une excellente nouvelle, dont chacun se félicitera et vous félicitera, madame la ministre ; une prestation de parcours coordonné, prise en charge par l'assurance maladie sans reste à charge et visant à accompagner les enfants avant même l'établissement du diagnostic.

Elle permettra d'intervenir rapidement, de réduire les délais de diagnostic et de soulager le poids qui pèse sur les familles contraintes de financer le recours à des professionnels non conventionnés.

Elle s'accompagnera des moyens renforcés de la stratégie nationale 2018-2022, avec, au total, près de 400 millions d'euros dédiés à l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes, soit près du double de l'enveloppe du troisième plan.

Autre vertu, cette réforme, accompagnée de son décret d'application, renforcera la coordination des professionnels impliqués dans tous les troubles du neuro-développement.

À ce sujet, j'attire tout particulièrement votre attention sur les PMI, les centres de protection maternelle et infantile, et les professionnels de santé qui y exercent. La PMI est essentielle pour le repérage, la prise en charge précoce et, plus largement, pour notre politique de prévention et de lutte contre les inégalités. Ce réseau de professionnels est une ressource précieuse.

La réflexion sur l'organisation de notre système de santé en lien avec les problématiques de cohésion sociale et territoriale devrait conduire à inclure très largement les professionnels de santé des PMI dans les réseaux de soins. J'espère que nous aurons la possibilité d'en discuter hors de la « guillotine » de l'irrecevabilité financière, qui a eu raison de nos amendements « PMI » pour ce PLFSS !

M. le président. L'amendement n° 82, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le deuxième alinéa de l'article L. 2132-2 est complété par les mots : « et sont effectués conformément aux recommandations de bonne pratique diffusées par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale » ;

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bernard Bonne, rapporteur. Cet amendement vise à préciser le dispositif porté par l'article 40, qui crée un parcours de soins intégré et financé par l'assurance maladie pour les enfants atteints de troubles du neuro-développement.

Cette mesure utile risque néanmoins de ne trouver qu'une effectivité limitée si l'étape préalable – et cruciale – du repérage de ces troubles ne fait l'objet d'aucune réforme. C'est la raison pour laquelle cet amendement vise à faire explicitement mention des recommandations de bonne pratique produites par la HAS en février 2018, qui offrent un outil didactique aux médecins de la PMI et aux pédiatres pour leur permettre de détecter ces troubles le plus tôt possible.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour répondre aux interventions sur l'article, vous avez évoqué, madame Féret, le fait que les troubles « dys » ne seraient pas concernés : je vous rassure, ils sont concernés.

Aujourd'hui, tous les troubles du neuro-développement seront bel et bien concernés par cette mesure, mais on tiendra compte de la spécificité de chaque trouble pour l'accès à tel ou tel praticien.

Je veux ensuite préciser qu'il reviendra à des structures sélectionnées par les ARS sur appels à projets d'assurer un maillage territorial avec les professionnels concernés. De plus,

le cahier des charges de ces structures, qui garantit l'application des bonnes pratiques, a été consulté par les associations de familles concernées.

Quant à la remarque formulée sur les MDPH, aujourd'hui, soyons clairs, nous intervenons en amont du diagnostic, en amont donc de la déclaration d'une pathologie à la MDPH. On peut tenir les MDPH informées, elles seront forcément destinataires, à un moment donné, du dossier de l'enfant quand le diagnostic sera posé. Nous parlons là d'un repérage et d'une prise en charge précoces avant même la pose du diagnostic et la demande de reconnaissance d'un handicap.

J'en viens à l'amendement de la commission, monsieur le rapporteur : actuellement, les recommandations de la Haute Autorité de santé sont un peu plus larges que le sujet de l'article. Nous ne sommes pas particulièrement favorables à les mentionner dans la loi, mais j'émet, au nom du Gouvernement, un avis de sagesse. Nous sommes surtout attachés à l'application des bonnes pratiques, un point qui sera inclus dans le cahier des charges des structures et des professionnels impliqués. Si vous souhaitez inscrire dans la loi qu'il faut prendre en compte les bonnes pratiques selon la HAS, je ne m'y oppose pas, mais cela ne nous semble pas le plus important.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Je veux revenir sur les MDPH. Il me paraît utile qu'elles soient informées de la prise en compte de ces nouvelles classifications qui ne sont pas encore officielles par rapport à la CIM, non au stade de repérage, mais dans les bilans et le parcours de ces enfants.

S'agissant des repérages, je pense qu'il serait bien que les médecins de PMI, les pédiatres et même les médecins généralistes aient une sorte de fiche de repérage officielle, leur permettant d'observer les troubles survenant à certains moments précis. L'inscription dans les carnets de santé, dans une rubrique particulière, des visites dans les PMI, chez les pédiatres, de même que chez les médecins généralistes aiderait à détecter ces troubles le plus tôt possible, quel que soit l'âge.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. Madame la ministre, j'apprécie votre ouverture puisque vous vous en remettez à la sagesse du Sénat sur cet amendement, que nous voterons. Le repérage est essentiel. Il est vraiment le point de départ qui nécessite, ensuite, en pluridisciplinarité, le travail sur la globalité de l'enfant porteur de handicap ou de dysfonctionnements.

J'y ajouterai volontiers l'annonce du handicap, qui est parfois un véritable tsunami dans la famille et dans l'environnement proche de l'enfant. C'est la raison pour laquelle tout ce que la Haute Autorité de santé établit comme fiche de bonne pratique doit être absolument valorisé et diffusé là où il y a parfois, hélas, bien des manques.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 82.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 83, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Après le mot :

accompagnement

insérer les mots :

, avant ou pendant leur scolarité,

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bernard Bonne, *rapporteur*. Cet amendement a pour objet de préciser le public cible du parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

Cette nouvelle catégorie de troubles, qui ne sera opérationnelle qu'à partir de 2022, englobe de nombreux syndromes, dont les troubles du spectre autistique, les troubles de la déficience intellectuelle et les troubles de l'apprentissage. L'âge de repérage de ces troubles peut fortement varier et n'intervenir qu'au moment de la première scolarité. Or l'étude d'impact de l'article 40 semble insister sur les enfants de moins de 6 ans, alors que de nombreux troubles du neuro-développement ne sont repérés pour la première fois qu'après cet âge. Par cet amendement, nous entendons sécuriser leur inclusion.

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

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Je suis défavorable à cet amendement, car on change de philosophie de logique et de champ. Ce qui est en cause, c'est vraiment le repérage de troubles chez les tout petits enfants, pour éviter la perte de chance liée à des délais de diagnostic très longs. Les mêmes pathologies qui surviennent à l'adolescence ne sont pas tout à fait les mêmes.

Aujourd'hui, nous souhaitons renforcer la formation de tous les professionnels qui interviennent auprès de la petite enfance pour améliorer le repérage et une prise en compte immédiate du moindre symptôme qui oriente vers un centre de niveau 2.

Je ne suis pas favorable à une extension brutale pour laquelle nous n'avons pas de cadrage. Nous avons fait un vrai travail avec l'ensemble des professionnels, les associations de familles sur la période 0-6 ans, dans laquelle se produit le maximum de retard de diagnostic. Cela mériterait une instruction beaucoup plus approfondie que ne peut l'ouvrir l'adoption d'un simple amendement dans ce texte. Je le répète, ce ne sont pas du tout les mêmes pathologies ni les mêmes situations.

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

M. Bernard Bonne, *rapporteur*. Je vous ai entendue, madame la ministre, et je comprends tout à fait qu'on puisse réétudier les phases de diagnostic après 6 ans. Je crois cependant que nombre d'enfants ne seront pas dépistés avant l'âge de 6 ans. Il faut tout de même garder cette possibilité de les faire entrer dans le cadre de l'article 40, même après 6 ans.

Compte tenu de vos explications, je retire toutefois l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 83 est retiré.

Je suis saisi de sept amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 190 rectifié est présenté par Mmes Micouleau, Deseyne, A.M. Bertrand, Bonfanti-Dossat et Bories, MM. Chatillon et del Picchia, Mmes Delmont-Koropoulos, Deromedi et Garriaud-

Maylam, MM. Grand, Houpert et Karoutchi, Mmes Lherbier et Malet, MM. Morisset et Pellevat et Mme Thomas.

L'amendement n° 369 rectifié *quater* est présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, M. Tourenne, Mme Espagnac, M. Iacovelli, Mme Ghali, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Prévile, M. Vaugrenard et Mme Bonnefoy.

L'amendement n° 588 rectifié est présenté par Mme Laborde, MM. Arnell, A. Bertrand, Collin et Corbisez, Mme Costes et MM. Gabouty, Guérini, Léonhardt, Requier, Roux et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. - Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours de soins est nécessairement coordonné et gradué avec trois niveaux de recours aux soins selon le degré de complexité de la situation de l'enfant.

II. - Alinéa 6

Après le mot :

parcours

insérer les mots :

issu du troisième niveau

III. - Alinéa 7

1° Deuxième phrase

Remplacer les mots :

chaque catégorie de professionnels

par les mots :

les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues

2° Dernière phrase

Remplacer les mots :

. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également

par les mots :

ainsi que

IV. - Alinéa 8

Remplacer les mots :

du parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

La parole est à M. Roger Karoutchi, pour présenter l'amendement n° 190 rectifié.

M. Roger Karoutchi. Comme il s'agit d'un amendement que j'ai cosigné avec Mme Micouleau et non de l'un des miens, j'espère qu'il aura plus de chance ! (*Sourires.*)

Dans le guide *Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage*, ainsi que dans les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé de février 2018 sur les troubles du spectre autistique, plusieurs niveaux d'intervention sont prévus.

Dans cet article 40, sont uniquement décrits les niveaux 2 ou 3, en omettant complètement les niveaux 1 et 2 en secteur ambulatoire, assurés par des équipes de soins primaires. Pour ces premiers niveaux, il est stipulé dans les recommandations que la prescription des bilans est effectuée par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant.

Ces recommandations ne préconisent pas que les professionnels de santé libéraux sollicités par les familles soient rattachés à une structure ou un établissement agréés par l'ARS. Cela risque, d'une part, d'engorger les structures réservées par la Haute Autorité de santé au niveau 3, donc, aux cas très complexes, d'autre part, de ne plus laisser le libre choix des interventions et des professionnels de santé par le patient. L'article est en contradiction avec les parcours décrits par la Haute Autorité de santé et les recommandations professionnelles.

Par cet amendement, nous proposons donc des modifications visant à mettre en conformité l'article 40 avec les recommandations professionnelles définies par la Haute Autorité de santé.

M. le président. La parole est à Mme Victoire Jasmin, pour présenter l'amendement n° 369 rectifié *quater*.

Mme Victoire Jasmin. Je considère qu'il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Guillaume Arnell, pour présenter l'amendement n° 588 rectifié.

M. Guillaume Arnell. Je ne saurais mieux faire que M. Karoutchi, monsieur le président! (*Sourires.*) L'amendement est défendu.

M. le président. L'amendement n° 13 rectifié *bis*, présenté par Mmes Estrosi Sassone et Micouveau, M. Bonhomme, Mme Deromedi, M. de Nicolaï, Mme Delmont-Koropoulis, MM. Daubresse, Morisset, Bascher et Panunzi, Mme Bruguière, MM. Grosdidier et Pillet, Mme Raimond-Pavero, M. Cardoux, Mmes Gruny, A. M. Bertrand et Lanfranchi Dorgal, M. Brisson, Mme Bonfanti-Dossat, M. Cuypers, Mme Dumas, MM. Pellevat, Kennel, J.M. Boyer et Cambon, Mme Garriaud-Maylam, M. Bouchet, Mme L. Darcos, MM. Karoutchi, Priou, Piednoir et Paccaud, Mme M. Mercier, MM. Lefèvre et Revet, Mme Berthet, MM. B. Fournier, Raison, Perrin, Mayet, Vaspert, Babary, Rapin, Husson, Laménie et Genest, Mmes Canayer et Lamure et MM. Sido et Gremillet, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours de soins est nécessairement coordonné et gradué avec trois niveaux de recours aux soins selon le degré de complexité de la situation de l'enfant.

II. – Alinéa 7

1° Deuxième phrase

Remplacer les mots :

pour chaque catégorie de professionnels

par les mots :

pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du présent code et les psychologues

2° Dernière phrase

Remplacer les mots :

. Pour les professionnels mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 et les psychologues, le contrat prévoit également

par les mots :

ainsi que

III. – Alinéa 8

Remplacer les mots :

du parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

La parole est à M. Roger Karoutchi.

M. Roger Karoutchi. Cet amendement a été défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 402 rectifié, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Le parcours est organisé par les agences régionales de santé et pris en charge par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du présent code ou les réseaux de santé définis par l'article L. 6321-1 du même code. Ces structures doivent être jugées compétentes par l'agence régionale de santé pour la prise en charge des troubles du neuro-développement, selon un cahier des charges conforme aux recommandations de bonne pratique diffusées par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale et regroupées dans un annuaire à disposition des praticiens de premier recours. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Il est de la même nature que celui qui vient d'être défendu par M. Karoutchi.

M. le président. L'amendement n° 535, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6

Après le mot :

parcours

insérer les mots :

du troisième niveau

II. – Alinéa 7, deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

III. – Alinéa 7, dernière phrase, et alinéa 8

Remplacer le mot :

parcours

par les mots :

des bilans et des interventions

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Par cet amendement, un peu différent des précédents, je voudrais mettre le focus sur quelques éléments.

Alors que cet article se veut en partie une déclinaison de la stratégie nationale pour l'autisme présentée en avril dernier, il faut noter que le mot « autisme » n'apparaît nulle part dans le texte, ni même dans cet article, si ce n'est dans l'exposé des motifs.

Il est vrai que les troubles du neuro-développement ont un spectre beaucoup plus large que l'autisme. Je veux à ce propos noter une certaine contradiction. En effet, l'enveloppe financière prévue – 340 millions d'euros sur cinq ans – ne laisse pas beaucoup de marges de manœuvre pour travailler sur ces troubles.

Si la loi ne doit pas être trop bavarde et ajouter trop d'éléments de détail, la notion de bonne pratique est peut-être à revisiter. Il me semble que tout professionnel de santé s'engage pour des bonnes pratiques, d'où notre demande de suppression.

Je regrette les insuffisances de cet article quant aux mesures sur la formation des professionnels, aux moyens pour permettre l'inclusion scolaire, avec un accompagnement adapté de ces enfants, y compris sur le plan de leur prise en charge, comme l'a dit ma collègue Cathy Apourceau-Poly.

Je profite de mon temps de parole pour prolonger mes propos concernant la téléorthophonie et dire que je déplore le manque de moyens en orthophonie. Je demande, madame la ministre, de revisiter ce qui s'appelle en orthophonie non un *numerus clausus*, mais un quota. Nous constatons sur les territoires un assèchement du nombre d'orthophonistes. On n'en trouve plus dans les établissements hospitaliers. Il faut donc revoir le nombre d'orthophonistes qui vont sortir chaque année des promotions et desserrer le quota à l'instar de ce vous entendez faire pour les médecins. Je vous en remercie par avance !

M. le président. L'amendement n° 84, présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 7

1° Première phrase

Remplacer les mots :

peuvent conclure

par le mot :

concluent

2° Dernière phrase

Remplacer le mot :

prévoit

par les mots :

peut prévoir

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter cet amendement et donner l'avis de la commission sur les autres amendements en discussion commune.

M. Bernard Bonne, rapporteur. Cet amendement vise à rendre obligatoire la conclusion d'un contrat entre les professionnels de santé libéraux et la structure chargée de la coordination du parcours de bilan de l'enfant atteint d'un trouble du neuro-développement ou de problèmes d'autisme.

Ce contrat prévoyant notamment un engagement de bonnes pratiques professionnelles, sa signature est indispensable, alors que la rédaction actuelle de l'article 40 se contente de la rendre facultative.

Par ailleurs, nous soulevons le cas dans lequel l'ergothérapeute ou le psychomotricien est déjà financé par le forfait global versé au centre d'action médico-sociale précoce, le CAMSP, ou au centre médico-psychopédagogique, le CMPP, et qu'il n'y a donc pas nécessité par ailleurs de prévoir une prise en charge de ses prestations par l'assurance maladie.

Sur l'ensemble des amendements en discussion commune, je m'exprimerai un peu plus longuement sur les amendements identiques, et cette explication vaudra pour les autres. Leurs auteurs commettent une confusion entre le parcours de soins enclenché après le repérage, visé par l'article, et le parcours plus global de la personne, qui commence dès le repérage.

Si j'en crois l'exposé des motifs de l'amendement n° 190 rectifié, il me paraît fondé sur une inquiétude légitime : l'absence de prise en compte des trois stades de prise en charge des troubles du neuro-développement : le repérage, le diagnostic et l'accompagnement. Il est tout à fait vrai que l'article 40 ne concerne que le deuxième et le troisième niveau sans faire mention de l'étape, pourtant essentielle, du repérage.

Pour autant, cette absence se justifie en raison de la nature particulière du mécanisme introduit par l'article 40. Le repérage souffre moins d'un défaut de prise en charge financière, puisqu'il est majoritairement effectué par les professionnels médicaux ou sociaux de la petite enfance, que d'un défaut de formation adaptée au dépistage précoce.

Sur l'ensemble des amendements, je demande donc le retrait. Sinon, l'avis sera défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Votre remarque est absolument juste, monsieur le rapporteur. Le repérage pose d'autres problèmes de formation des professionnels de la petite

enfance, à laquelle nous nous attachons aujourd'hui. La difficulté dans la prise en charge d'un parcours n'est pas un sujet financier.

Les amendements comportent trois propositions de modifications du parcours établi par l'article. Ils visent à rapprocher le parcours des recommandations de bonnes pratiques, mais il nous semble que leur adoption conduirait en pratique à rendre le parcours inopérant, voire à s'écarter des recommandations.

Il est, d'abord, proposé de mentionner la gradation des soins en trois niveaux. Cette gradation relève des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mais le troisième niveau est variable selon les troubles et peut relever, entre autres, des centres de référence, des centres de ressources, des services de CHU. De même, les définitions scientifiques relatives à ce troisième niveau dépendent du type de troubles : un trouble autistique ou un trouble « dys », par exemple, ne font pas intervenir les mêmes structures. Il ne m'apparaît donc pas pertinent de figer cette organisation dans la loi.

Il est, ensuite, proposé de revoir la liste des professionnels qui peuvent participer à ce parcours. Sur ce point, je souhaite préciser que le dispositif est ouvert et englobe la totalité des professionnels libéraux impliqués, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou de psychologues, qu'ils appartiennent à une profession de santé libérale conventionnée ou non avec l'assurance maladie, comme c'est le cas des ergothérapeutes ou des psychomotriciens. Il s'agit non de restreindre la pratique libérale actuelle des médecins ou d'autres professionnels, mais, au contraire, d'offrir une prise en charge complémentaire pour les interventions de certains professionnels dont l'exercice libéral n'est pas couvert par l'assurance maladie.

Il est, enfin, proposé que la prescription porte sur les bilans et interventions, et non sur le parcours. Une telle disposition est vraiment contraire à la façon dont nous envisageons de prendre en charge ces enfants.

Le point innovant du dispositif, c'est justement qu'il évoque un parcours global, cohérent et suivi, qui sera prescrit. Il ne se réduit pas à une accumulation d'actes indépendants ou isolés. L'adoption des amendements aboutirait à démembrer ce parcours et serait donc, à notre avis, défavorable aux familles, dont l'errance en matière de diagnostic fait l'objet de constats récurrents. Elle serait défavorable à la prise en charge globale de l'enfant, pour lequel nous souhaitons maintenir cette notion de prise en charge d'un parcours coordonné.

Je demande, au nom du Gouvernement, le retrait de l'ensemble des amendements ; sinon, l'avis sera défavorable.

M. le président. Monsieur Karoutchi, l'amendement n° 190 rectifié est-il maintenu ?

M. Roger Karoutchi. Je désespère : je croyais franchement, avec cet amendement dont la première cosignataire est Mme Micouveau, arriver à un meilleur résultat ; même cela ne marche pas ! *(Rires.)*

Je vais faire le « Amiel » de la matinée. *(Nouveaux rires.)* Dans la mesure où la commission et la ministre semblent absolument convaincues et donnent des arguments qui paraissent très convaincants – je ne suis pas un spécialiste –, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 190 rectifié est retiré.

Madame Jasmin, l'amendement n° 369 rectifié *quater* est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 369 rectifié *quater* est retiré.

Monsieur Arnell, l'amendement n° 588 rectifié est-il maintenu ?

M. Guillaume Arnell. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 588 rectifié est retiré.

Monsieur Karoutchi, retirez-vous également l'amendement n° 13 rectifié *bis* ?

M. Roger Karoutchi. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 13 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bernard Bonne, rapporteur. L'idée des auteurs de l'amendement n° 402 rectifié est parfaitement audible. Compte tenu de l'engorgement des structures actuellement désignées pour la coordination du parcours de l'enfant atteint de troubles du neurodéveloppement – les CAMSP et les CMPP notamment –, ils proposent d'y adjoindre les réseaux de santé, ce que la commission a jugé judicieux. Le cahier des charges élaboré par l'ARS, en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques, a également recueilli notre assentiment.

En revanche, la commission se montre plus réservée sur le nouveau partage des tâches proposé dans cet amendement. L'organisation du parcours n'incomberait plus aux structures elles-mêmes, mais directement à l'ARS, ce qui risque de rendre cette nouvelle offre particulièrement rigide. C'est pourquoi nous avons sollicité l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Cet avis étant défavorable, je demande le retrait de cet amendement, faute de quoi l'avis de la commission sera lui aussi défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 402 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 535.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 84.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 34 rectifié, présenté par Mmes Micouveau, Deseyne, Bonfanti-Dossat, Bories et Bruguière, MM. Chatillon et Cuypers, Mme L. Darcos, M. Daubresse, Mmes Deromedi, Duranton et Garriaud-Maylam, M. Grand, Mme Gruny, M. Houpert, Mme Imbert, MM. Karoutchi, D. Laurent, Lefèvre et Mandelli, Mme Morhet-Richaud et MM. Morisset, Mouiller, Segouin et Sol, est ainsi libellé :

Alinéa 8

Remplacer le mot :

médicale

par les mots :

d'un médecin ou d'un psychologue des structures désignées

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Les psychologues des structures désignées sont des professionnels reconnus, formés et compétents dans le repérage, le diagnostic et la prise en charge coordonnée des troubles du neurodéveloppement. Leur expérience dans ce domaine est quotidienne.

À ce titre, il apparaît cohérent que, outre les médecins, les psychologues des structures désignées puissent également déclencher et coordonner les parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement.

Le guide de la Haute Autorité de santé sur la coordination entre le médecin généraliste et les acteurs du soin en santé mentale encourage la mise en place de parcours dont la coordination pourrait être confiée à d'autres professionnels que les seuls médecins, notamment les psychologues.

Ces dispositifs innovants, qui décloisonnent les parcours en santé mentale en ne les limitant plus à la seule référence médicale tout en répondant à l'exigence de coordination et de pertinence des soins, méritent d'être soutenus, car ils peuvent faciliter l'accès aux bilans et interventions précoces pour les enfants souffrant de troubles du neurodéveloppement.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Je suis aussi navré pour M. Karoutchi, également cosignataire de cet amendement ! (*Sourires.*)

Les troubles du neurodéveloppement figurant dans la classification internationale des maladies, la prescription d'un parcours de soins ne peut, à mon sens, émaner que d'un médecin. L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le rôle des psychologues est évidemment majeur, mais ce qui est en cause ici, c'est vraiment la définition de la prescription médicale. Je ne vois pas comment un psychologue pourrait prescrire le recours à un autre professionnel, par exemple à un ergothérapeute. Ce serait contraire au dispositif visant à tout centraliser autour du médecin traitant ou du pédiatre traitant. Le Gouvernement souhaite donc le retrait de cet amendement ; sinon, son avis sera défavorable.

M. le président. Madame Darcos, l'amendement n° 34 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laure Darcos. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 34 rectifié est retiré.

L'amendement n° 30 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguière, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, A. Marc et B. Fournier, Mmes Malet et Lanfranchi Dorgal, MM. Morisset et Canevet, Mme Puissat, MM. Bascher, Bazin, Revet, Frassa et Henno, Mmes Gruny et Micouleau, MM. Cuyppers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin, Raison, Rapin, D. Laurent, Nougéin, Chasseing et Vaspard, Mme Estrosi Sassone, M. Pointereau, Mmes Deseyne et Lassarade, M. Piednoir, Mme Guidez, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Gilles et Decool, Mme A. M. Bertrand, MM. Kennel, L. Hervé, Brisson et Watebled, Mme Canayer, MM. Mandelli et Laménie, Mmes Bories et Morin-Desailly, MM. J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le 2° de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le périmètre des dépenses, notamment médicales et paramédicales, couvertes par la tarification. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Bien que le financement du soin médical en structure médico-sociale soit défini par circulaire ministérielle et obéisse à des règles théoriquement homogènes, les carences de la réglementation relative au versement direct des dotations aux structures engendrent d'importantes disparités.

L'attribution aux structures médico-sociales d'une dotation financière limitative, assortie d'une réglementation permettant une interprétation large des missions de l'établissement ou du service, n'encourage *a priori* pas les structures à assurer une couverture de soins plus étendue que les actes les plus nécessaires et les incite à renvoyer la personne handicapée vers sa caisse d'affiliation pour le remboursement de tout soin complémentaire, notion elle aussi largement interprétée.

Avec l'amorce du virage inclusif, il est particulièrement urgent que la réglementation en vigueur détermine clairement la part qui doit être couverte par l'établissement au titre de sa dotation et ce qui doit être remboursé par la CPAM au titre des prestations libérales extérieures.

Concernant la prise en charge des remboursements, j'ajouterai que la position des CPAM dans les départements peut être différente selon les situations. Certaines familles doivent donc financer elles-mêmes certains soins non dispensés au sein des structures médico-sociales.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Notre collègue Philippe Mouiller a très justement identifié la carence réglementaire concernant le périmètre couvert par le forfait de soins dont bénéficient les structures médico-sociales financées par les ARS. Cette indétermination est à l'origine de nombreux contentieux entre les établissements et les caisses de sécurité sociale, vers lesquelles les familles se tournent pour le remboursement d'actes non inclus. Cette situation doit évoluer, non seulement pour sécuriser les relations entre familles et professionnels, mais également pour éviter les disparités territoriales qui résulteraient de pratiques différentes selon les CPAM.

La commission a donc émis un avis très favorable sur cet amendement !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne pourrai pas vous faire plaisir, monsieur Karoutchi. Dieu sait que je le regrette ! (*Sourires.*)

M. Roger Karoutchi. Je m'en doute !

Mme Agnès Buzyn, ministre. En réalité, nous partageons tous l'objectif des auteurs de cet amendement. Nous avons donc d'ores et déjà engagé les travaux entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les services du ministère afin d'harmoniser l'interprétation des dispositions existantes et de faire évoluer la réglementation. Cela traduit d'ailleurs un engagement pris par le comité interministériel du handicap lors de sa réunion du 25 octobre dernier : l'accès aux soins a été défini comme l'une des cinq priorités.

Il ne nous semble pas nécessaire de modifier la loi ; cet amendement me paraît en quelque sorte satisfait. Je vous invite donc à le retirer, monsieur le sénateur, faute de quoi l'avis du Gouvernement sera défavorable.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Je maintiens cet amendement. En effet, même si je salue vos objectifs, madame la ministre, vous ne prévoyez de coordonner et d'éclaircir la situation que dans le futur. Pour ma part, je propose d'établir d'ores et déjà le cadre et l'outil, ce qui vous permettra d'être encore plus à l'aise pour faire évoluer les textes. Je défends cet amendement comme un soutien à l'initiative que vous promouvez !

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Lors d'un débat que nous avons eu récemment dans cet hémicycle, j'ai interrogé sur ce sujet précis Mme la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées. Je suis extrêmement favorable à cet amendement. La Cour de cassation elle-même a reconnu qu'elle ne sait pas trancher. Dans ces conditions, c'est au législateur de dire le droit. Nous pouvons, par le biais de l'adoption de cet amendement, exprimer la volonté du législateur. Dès lors, madame la ministre, vous aurez un cadre dans lequel inscrire les dispositions de nature à rétablir l'égalité de traitement entre les différents citoyens concernés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 30 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 40, modifié.

(L'article 40 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 40

M. le président. L'amendement n° 141 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme L. Darcos, M. Morisset, Mmes Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Vaspert, Bouloux, Grosdidier, B. Fournier et Milon, Mme Bruguière, M. Pellevat, Mme Morhet-Richaud, M. Calvet, Mmes Billon et A.M. Bertrand, MM. Kern, Hugonet et Bascher, Mme Gruny, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Decool, Canevet, Gilles et Chasseing, Mme Guidez, MM. Lefèvre et Cambon, Mmes Garriaud-Maylam, Thomas et Chain-Larché, MM. Mayet, de Nicolaj, Brisson, Wattedled et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Husson, Mme Bories, M. Priou, Mme Boulay-Espéronnier, MM. Genest et Darnaud, Mme Duranton, MM. Gremillet et Sido et Mme Berthet, est ainsi libellé :

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et par dérogation aux IV, V et VI de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, les autorités compétentes en matière de tarification des établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 du même code et à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique peuvent, par convention signée entre elles, organiser, au profit de l'une d'entre elles et pour une durée déterminée par décret, la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services.

La convention détermine les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en ne retenant qu'une seule des formes mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les articles L. 314-7 et L. 314-7-1 du même code ne s'appliquent qu'à l'égard de l'autorité délégataire. L'article L. 313-12-2 s'applique aux établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1, dans le cas où l'autorité délégataire désignée est le directeur général de l'agence régionale de santé.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement assez technique vise à permettre, à titre expérimental et pour une durée déterminée, un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser la délégation de la compétence tarifaire au profit de l'une d'entre elles uniquement, ce qui pourrait s'inscrire notamment dans le cadre du déploiement de la démarche des territoires 100 % inclusifs. Nous précisons par ailleurs que le cadre budgétaire et financier de la structure continuera d'être le cadre de droit commun.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Il s'agit d'introduire de la souplesse dans les possibilités d'expérimenter en matière de tarification dans les différents établissements. L'avis de la commission est très favorable.

Le problème prégnant du cofinancement, que l'on observe autant dans le secteur du grand âge que dans celui du handicap, est l'une des principales causes de la rigidité et de l'inadéquation de l'offre aux besoins qu'elle est censée satisfaire. Cet amendement tend à apporter une première réponse pertinente et équilibrée à ce problème depuis longtemps dénoncé. De surcroît, il a lui aussi reçu les signatures de Mme Laure Darcos et de M. Roger Karoutchi ! *(Sourires.)*

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous partageons complètement l'objectif des auteurs de cet amendement. Néanmoins, le cadre réglementaire a déjà été créé. C'est tout le sens de la démarche des territoires 100 % inclusifs qu'a lancée Sophie Cluzel : elle vise à mobiliser tous les acteurs au sein d'un cadre expérimental permettant de déroger aux règles en vigueur. Ce que vous proposez, monsieur le sénateur, me paraît donc quelque peu superfétatoire. Nous approuvons totalement le déclouisonnement et nous voulons éviter les blocages administratifs, mais le cadre réglementaire et la politique que nous menons le permettent déjà.

Dès lors, le Gouvernement s'en remet sur cet amendement à la sagesse de la Haute Assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 141 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 40.

L'amendement n° 398 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier,

MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Est étudiée la prise en charge par la sécurité sociale du diagnostic et de l'accompagnement des enfants souffrants de troubles neuro comportementaux ou neuro cognitifs, et pour lesquels les structures spécialisées n'ont pu apporter de réponse dans un délai inférieur à trois mois.

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. Pour faire suite à l'adoption de l'article 40, qui vise à améliorer la prise en charge des troubles du neurodéveloppement, il convient de se pencher sur la prise en charge des troubles neurocognitifs. Si l'on pressent chez un enfant des troubles neurocomportementaux ou neurocognitifs, établir le diagnostic nécessite la consultation de plusieurs spécialistes en pluridisciplinarité. Or les CMPP comme les SESSAD, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile, sont en nombre insuffisant pour faire face à la demande, qui ne cesse de croître et à laquelle nous devons répondre de façon concrète et matérielle.

De ce fait, les délais d'attente sont extrêmement longs, souvent supérieurs à un an, et l'épuisement des parents et de l'enfant se ressent cruellement. Cette attente est lourde de conséquences : on sait combien un diagnostic précoce est déterminant pour la bonne prise en charge de l'enfant. Un diagnostic tardif engendre également des dépenses très lourdes pour la société, au travers de l'éducation nationale ou de la sécurité sociale.

Pour pallier cette carence de structures surchargées et soulager les inquiétudes des parents, des enfants et des praticiens, le diagnostic pourrait être posé à plusieurs, dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine.

Cette solution alternative n'est pourtant pas satisfaisante. Elle a un coût, et pas des moindres, puisque les prestations ne sont que très partiellement remboursées par la sécurité sociale, voire pas du tout. Cela coûte cher à certains parents, qui hésitent, de ce fait, et renoncent parfois à une telle prise en charge spécialisée pour leur enfant.

La sécurité sociale n'étant pas en mesure d'offrir suffisamment de moyens publics de diagnostic devrait, *a minima*, étudier d'autres voies de financement, telles que la prise en charge de frais de transport et des prestations annexes.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. La formulation de cet amendement, outre qu'elle n'est pas très législative, introduit les notions de troubles neurocomportementaux et de troubles neurocognitifs, qui ne font l'objet d'aucune reconnaissance au travers de la classification internationale des maladies. Il me paraît plus sage de s'en tenir aux troubles du neurodéveloppement.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement crée un peu de confusion. Effectivement, nous ne savons pas très bien comment classer ces troubles neurocognitifs. L'objet de votre amendement, madame Meunier, fait référence à un

handicap psychique de l'enfant. Si un tel handicap est diagnostiqué, les soins dispensés à ce titre font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

J'estime qu'il faut en rester à la démarche sur laquelle nous avons longuement travaillé avec tous les professionnels, avec les troubles du neurodéveloppement, d'un côté, et toutes les autres formes de handicap, qui bénéficient d'une prise en charge, de l'autre. Le Gouvernement souhaite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi son avis sera défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. Notre rôle de parlementaires est de faire avancer les choses. Le premier signataire de cet amendement, M. Tourenne, n'ayant pu être présent cet après-midi, je maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 398 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 399 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 40

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Est étudiée par la sécurité sociale, la prise en charge à 100 % des troubles associés des personnes souffrant de troubles psychiques.

La parole est à Mme Michelle Meunier.

Mme Michelle Meunier. La prise en charge de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est assurée à hauteur de 100 % dès lors que le handicap a été reconnu.

Toutefois, une situation de handicap psychique est très souvent accompagnée de pathologies associées, telles que l'obésité, le diabète ou des maladies cardiovasculaires.

En plus de souffrir de multiples problèmes de santé, les personnes dans ces situations difficiles doivent faire face, au quotidien, à certaines incohérences. En effet, les soins requis par ces maladies associées au handicap ne sont pas pris en charge intégralement au titre des affections de longue durée et, souvent, ils ne sont remboursés qu'à hauteur de 70 %. Pourquoi les modalités de prise en charge sont-elles différentes, alors que les pathologies en question découlent directement du handicap reconnu ?

Cette disparité de traitement n'étant pas justifiée, elle doit être supprimée en portant de 70 % à 100 % le taux de la prise en charge des maladies associées au handicap psychique.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. La rédaction de cet amendement, qui tend à soulever le problème de la couverture des troubles associés aux troubles psychiques, mais sans préciser ces derniers, me semble peu adéquate. Par ailleurs, nous parlons ici des troubles du neurodéveloppement : ne les mélangeons pas avec toutes les autres formes de troubles ! L'avis de la commission est donc défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne comprends pas le dispositif de cet amendement. Quand quelqu'un souffre d'une pathologie chronique reconnue comme ALD, telle qu'un diabète ou une obésité, qu'il y ait ou non un trouble psychique associé, il bénéficie d'une prise en charge à 100 %. Le taux de 70 % de prise en charge ne vaut que quand la pathologie somatique n'est pas une ALD.

La seule difficulté que je puisse concevoir tient à une éventuelle sous-déclaration de ces pathologies par certains médecins, ce qui pose plutôt la question de l'accès aux soins médicaux somatiques pour les personnes placées ou résidant dans des centres dédiés au handicap psychique. C'est un vrai sujet, mais c'est un autre débat.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement ; sinon, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, pour explication de vote.

Mme Michelle Meunier. Je le maintiens, pour les mêmes raisons que le précédent. Pour les pathologies reconnues comme ALD, le remboursement est de 100 %, mais quand la consultation ne concerne pas une telle pathologie, ce n'est pas le cas.

M. Bernard Bonne, rapporteur. C'est normal !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 399 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 41

- ① Le VII de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, l'année : « 2023 » est remplacée par l'année : « 2021 » ;
- ③ 2° À l'avant-dernier alinéa, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « tiers », le mot : « quart » est remplacé par le mot : « demi », les mots : « un tiers » sont remplacés par les mots : « et un » et, à la fin, les mots : « , un demi en 2022 et un en 2023 » sont supprimés.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Lors de la discussion générale, j'ai évoqué, au cours de mon intervention, le discours du Président de la République du 13 juin dernier. À cette occasion, il appelait explicitement de ses vœux une médicalisation accrue des EHPAD. Vous m'avez répondu, madame la ministre, en affirmant que je faisais un procès d'intention. Ce discours a pourtant bel et bien été prononcé, et le Président de la République a appelé à « la transformation des établissements en établissements plus médicalisés qu'ils ne le sont aujourd'hui ».

Les mots, même hâtifs, laissent parfois quelques traces, et je préfère de très loin ceux par lesquels vous m'avez répondu lundi dernier, en indiquant que le Gouvernement entendait sortir l'accompagnement du grand âge d'un carcan médical rarement adapté.

J'y souscris d'autant plus volontiers, madame la ministre, qu'étant moi-même médecin, je sais autant mesurer la valeur d'un acte médical que ses limites. Il faut qu'à cet égard notre unisson soit irréprochable. La réponse médicale jusqu'ici

communément apportée au défi du grand âge, fruit d'une myopie qui nous fait encore confondre la vieillesse et la maladie, crée peut-être plus de maux qu'elle n'en guérit. Dépendre n'est pas toujours souffrir ; accompagner n'est pas toujours soigner : il faut que ce message, énoncé haut et fort, porte bien au-delà de ces murs. *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains et du groupe socialiste et républicain.)*

M. le président. L'amendement n° 536, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Il est instauré un moratoire sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter de la promulgation de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2019. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Menée depuis plus d'un an maintenant, la réforme de la tarification dans les EHPAD pose de très nombreux problèmes, tant au sein des établissements qu'entre eux. Ainsi, d'un département à l'autre, les tarifs et les conditions de prise en charge varient, tandis que la clôture des budgets devient un vrai casse-tête pour les établissements. Ce sont les salariés qui en paient le prix. Ils sont descendus dans la rue pour la première fois ce printemps.

Devant la grogne du personnel et des familles, vous avez, madame la ministre, annoncé une neutralisation de la réforme et des concours financiers importants. Certes, mais nous considérons que cette réforme, dans sa matrice même, n'est pas la bonne : il faudrait revoir à la hausse les moyens alloués et, notamment, enfin lancer une politique ambitieuse de l'âge, incluant tous les aspects de la problématique du vieillissement.

Par ailleurs, la lumière n'est toujours pas faite sur les conséquences de cette réforme de la tarification. Vous mettez en avant, madame la ministre, que la perte subie, notamment, par les EHPAD publics au titre de la dotation dépendance serait en quelque sorte compensée par l'augmentation du forfait soins et les mesures en faveur du financement de postes d'infirmière de nuit. Mais, le compte n'y étant pas, c'est l'austérité qui s'impose !

De manière plus fondamentale, la neutralisation que vous avez choisi de mettre en place et le « ravalement de façade » visant à masquer les trous dans les caisses des EHPAD restent insuffisants et ils ne seront pas pérennes.

Nous vous demandons donc que, au-delà de la neutralisation temporaire, un moratoire sur la réforme soit mis en place, ce qui permettrait de remettre l'ouvrage sur le métier en profondeur.

Cette réforme n'est pas la vôtre, madame la ministre : ne la poursuivez pas ! Une autre réforme est possible, plus ambitieuse, et aussi plus juste.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Je suis opposé à cet amendement pour deux raisons.

Même si, l'année dernière, j'ai pu dénoncer en commission des affaires sociales les effets dommageables de la réforme tarifaire au moment de sa première application, le Gouvernement a, depuis lors, dégagé d'importants moyens financiers pour les contrer : 116 millions d'euros ont ainsi été consacrés en 2018 au rattrapage financier des établissements publics dont la somme du forfait soins et du forfait dépendance était affectée négativement.

Par ailleurs, la concertation menée par M. Dominique Libault a précisément pour objet de proposer une réforme financière du secteur.

Aujourd'hui, il existe des différences énormes entre départements en matière de participation à la prise en charge de la dépendance. La discussion devra porter sur le fait que si la médicalisation est assurée de façon presque uniforme sur le territoire national, la tarification de la dépendance, elle, ne l'est pas. Il faudra déterminer quel type de convergence peut être établi pour que les mêmes possibilités de prise en charge soient offertes aux personnes dépendantes, en tous points du territoire national. Voilà ce qui est important !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'examen de cet amendement me donne l'occasion d'évoquer la réforme de la tarification des EHPAD. Cette réforme assez compliquée a été élaborée bien avant que je n'entre en fonctions et s'est appliquée au moment de mon arrivée. Nous avons fait un travail de terrain pour en comprendre les impacts négatifs.

La tarification des EHPAD relève d'un système extrêmement complexe et inégalitaire. Il y a trois sources de financement différentes : la loi de financement de la sécurité sociale, les départements et les résidents.

Au cours de ma première année au Gouvernement, j'ai essayé de neutraliser autant que possible les effets négatifs de cette réforme tarifaire dont j'ai hérité. Faut-il instituer aujourd'hui un moratoire et revenir au financement global tel qu'il existait auparavant ? Pour ma part, j'ai proposé de prendre des mesures d'urgence pour les deux ans qui viennent, afin de neutraliser tous les effets négatifs et de faire monter en charge la part consacrée aux soins, aux postes d'infirmière, aux téléconsultations, aux investissements dans les établissements, etc. Beaucoup de financements ont été dégagés, au titre tant du Fonds d'intervention régional que de la loi de financement de la sécurité sociale.

Au-delà, je me suis engagée à entreprendre une réforme d'envergure de la prise en charge du grand âge et de la dépendance. La consultation et la concertation débutent. Il y aura une loi sur ce sujet à la fin de 2019. Je propose, pour l'instant, que nous poursuivions la mise en œuvre des mesures d'urgence de convergence accélérée des modes tarifaires que j'ai déjà prises. Une fois la loi sur la dépendance et le grand âge adoptée, nous irons probablement vers un autre système ; nous allons y travailler. Aujourd'hui, je ne sais pas quel sera le point d'atterrissage, mais un moratoire risquerait d'ajouter encore de la confusion, alors que j'ai tout fait pour accentuer l'aide que nous apportons aux EHPAD. Le Gouvernement est donc évidemment défavorable à cet amendement.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Madame la ministre, je partage votre point de vue : cette réforme est compliquée. Le passage aux états provisionnels des recettes et des dépenses a changé la manière de travailler des services tarificateurs et posé un certain nombre de problèmes.

Pour parvenir à la convergence souhaitée, avec un GIR moyen pondéré variant peu d'un département à l'autre, il existe une solution simple, madame la ministre : donnez aux départements les moyens d'assumer leurs responsabilités !

Mme Laurence Cohen. Exactement !

M. René-Paul Savary. Ils ont la responsabilité d'organiser ces prestations dépendance mais ils ne touchent que 30 % des recettes, le reste du financement nécessaire étant pris sur le budget global, au détriment des actions locales des départements. Cette affaire peut se régler très simplement, madame la ministre ! *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 536.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Philippe Dallier.)

PRÉSIDENCE DE M. PHILIPPE DALLIER vice-président

M. le président. La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion des articles du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Article 41 *(suite)*

M. le président. Nous poursuivons l'examen de l'article 41.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 85 est présenté par M. Bonne, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 596 rectifié est présenté par Mme Guillotin, MM. Arnell, Castelli, Collin et Corbisez, Mmes Costes et N. Delattre, MM. Gabouty, Gold et Guérini, Mme Laborde et MM. Léonhardt, Menonville, Requier, Roux et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du V de l'article L. 313-12 est complétée par les mots : « , qu'il peut lui-même réaliser en cette qualité » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 314-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant. »

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 85.

M. Bernard Bonne, rapporteur. Cet amendement a pour objet d'attribuer un pouvoir général de prescription médicale aux médecins coordonnateurs des EHPAD. Je précise d'emblée que, en aucun cas, cela ne supprime l'intervention du médecin traitant dans ces établissements.

Cette mesure simple aurait pour effet de simplifier les procédures de prescription actuellement applicables dans les EHPAD, lesquels doivent nécessairement faire intervenir le médecin traitant de chaque résident, sauf urgence, bien entendu. Elle permettrait également de renforcer le rôle du médecin d'établissement, qui est bien souvent l'acteur médical principal et qui a, de fait, la plus grande proximité avec la personne accueillie.

Il ne s'agit pas pour autant, je le répète, de revenir sur la collaboration avec le médecin traitant, qui reste maintenue dans le code de l'action sociale et des familles.

Il est important que le médecin coordonnateur puisse garder une proximité avec l'ensemble des acteurs et facilite les relations avec le personnel soignant de l'EHPAD, souvent déstabilisé par la multiplicité de médecins traitants intervenant à n'importe quel moment et dans n'importe quelles conditions.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 596 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Je partage tout à fait cette analyse. Il est effectivement utile de renforcer le rôle des médecins coordonnateurs d'EHPAD, pour toutes les raisons qui ont été évoquées.

En pratique, certains médecins traitants ne se déplacent plus dans les EHPAD. Pourquoi ne pas autoriser les médecins coordonnateurs à prescrire, d'autant que, dans les faits, ils le font ? Cela sécuriserait leur pratique.

Madame la ministre, je souhaiterais obtenir une précision concernant les médecins coordonnateurs d'hospitalisation à domicile, ou HAD, dont je connais bien la problématique pour avoir été l'un d'eux.

Théoriquement, le médecin coordonnateur d'HAD, comme le médecin coordonnateur d'EHPAD, n'a pas le droit de prescrire. Or les problématiques sont exactement les mêmes. Lorsque le médecin traitant ne peut pas se déplacer au domicile du patient, il se tourne vers le médecin coordonnateur. Il peut en aller de même lorsque les soins appellent des thérapeutiques particulières, par exemple l'emploi de morphiniques dans le cas de soins palliatifs. Quand j'étais médecin coordonnateur d'HAD, il arrivait que des médecins traitants me demandent de prescrire dans de telles situations. Il faudrait donc également sécuriser les choses pour les médecins coordonnateurs d'HAD.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le rapporteur, je suis un peu embarrassée, car votre proposition masque en fait une extrême hétérogénéité de situations sur le territoire. J'en ai beaucoup discuté avec les médecins coordonnateurs, les fédérations hospitalières et toutes les associations concernées. Les médecins coordonnateurs eux-mêmes s'interrogent. Leur vision des choses varie beaucoup selon l'établissement où ils exercent. Aujourd'hui, nous travaillons avec eux à renforcer

l'attractivité de leur fonction et à faire évoluer leurs missions. Ainsi, nous sommes en train de créer une nouvelle mission d'évaluation gériatrique à l'entrée en EHPAD.

Inscrire cette proposition dans la loi risquerait de déstabiliser un certain nombre d'EHPAD dont les résidents sont suivis par leur médecin généraliste et où tout fonctionne correctement. Si le médecin coordonnateur se met à prescrire à la place des médecins traitants, des conflits risquent de surgir.

Par conséquent, je préfère que l'on continue à travailler avec les médecins coordonnateurs sur l'évolution de leurs missions, y compris, éventuellement, en envisageant la possibilité de les autoriser à prescrire dans un certain cadre, plutôt que d'inscrire dans la loi une telle autorisation de façon un peu brutale, sans en avoir anticipé toutes les implications potentielles sur le terrain.

Je suis d'accord avec vous, monsieur le rapporteur, de nombreux EHPAD et de nombreux médecins coordonnateurs demandent cette évolution, notamment dans les zones très rurales isolées, mais, aujourd'hui, on observe une grande hétérogénéité de situations, et il convient de poursuivre la réflexion. Pour l'heure, je sollicite le retrait de ces amendements. Ce sujet sera abordé par la feuille de route « grand âge », sur laquelle nous travaillons. Un groupe de travail sur la santé des personnes âgées a été constitué et la question du médecin coordonnateur sera traitée.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Dans mon amendement, il est bien précisé qu'en aucun cas le rôle du médecin traitant ne sera modifié. Effectivement, dans de nombreux établissements, tout se passe très bien entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Cela étant, je sais d'expérience, en tant que médecin et en tant qu'ancien président de conseil départemental, que certains médecins cumulent les deux fonctions. C'est une situation complexe à gérer pour la sécurité sociale et l'ARS : qui paye quoi ? Qui fait quoi ? Il arrive que des médecins consacrent toute leur activité à un EHPAD, à la fois en tant que médecin coordonnateur et que médecin traitant, aucun autre médecin ne pénétrant dans l'établissement. Dans d'autres cas, il n'y a pas de médecin coordonnateur, et seuls les médecins traitants interviennent. Enfin, dans certains établissements, les médecins traitants se comptent par dizaines : imaginez la désorganisation que cela entraîne au sein des services ! Certains médecins arrivent à vingt et une heures, après leurs consultations, d'autres très tôt le matin... Cela déstabilise complètement les infirmières présentes dans les établissements.

Il me semblerait donc vraiment utile d'ouvrir aux médecins coordonnateurs la possibilité de prescrire, sur décision du directeur de l'EHPAD, du conseil départemental ou de l'ARS.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, pour explication de vote.

M. Michel Amiel. Il s'agit d'ouvrir une possibilité, et non d'instaurer une obligation. J'ai été médecin traitant pendant plus de trente-cinq ans, avant et après les conventions tripartites. Au regard de la situation démographique actuelle, je ne crois pas que cette mesure enlèvera quoi que ce soit au médecin traitant.

Par ailleurs, vous l'avez dit, madame la ministre, les mesures que vous prenez aujourd'hui sont des mesures transitoires, voire d'urgence, en attendant la réforme ambitieuse de la prise en charge de la dépendance que vous entreprenez.

Pour des raisons d'ordre pragmatique, donner au médecin coordinateur, qui est censé être plus présent, la possibilité de prescrire, y compris hors situations d'urgence, me paraît être plutôt une bonne chose

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Ce sujet est en débat depuis plusieurs années au sein du ministère des solidarités et de la santé et des instances représentatives des médecins. Les termes en sont maintenant à peu près connus.

Le moindre inconvénient, c'est d'ouvrir la possibilité aux médecins coordinateurs de prescrire. Le leur interdire pose plus de problèmes. Aujourd'hui, les situations sont extrêmement diverses. L'Ordre des médecins a exprimé de nouveau son hostilité à l'occasion du dépôt de cet amendement. À mon avis, c'est un combat un peu archaïque. Dans cette affaire, le libre choix du médecin est une fiction : dans de nombreux EHPAD, les résidents sont loin de chez eux et on leur propose de recourir aux services de médecins traitants de la commune d'implantation de l'établissement. Dans un certain nombre d'EHPAD, les médecins coordonnateurs auraient besoin de pouvoir prescrire. Cela faciliterait leur travail, ainsi que le maintien dans l'EHPAD, et éviterait dans certains cas l'hospitalisation. Je n'arrive pas à comprendre quel serait l'inconvénient de leur ouvrir cette possibilité. Certains médecins coordonnateurs l'utiliseront, d'autres non. Cela ne changera pas les pratiques partout. On nous parle souvent de souplesse, d'adaptabilité, de flexibilité : voilà une bonne occasion de les promouvoir.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 85 et 596 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 41, modifié.

(L'article 41 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 41

M. le président. L'amendement n° 42 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguière, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, Kennel, A. Marc et B. Fournier, Mmes Malet et Lanfranchi Dorgal, MM. Morisset et Canevet, Mme Puissat, MM. Bascher, Bazin, Revet, Frassa et Henno, Mmes Gruny et Micouleau, MM. Cuypers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin et Raison, Mme A.M. Bertrand, MM. Rapin, D. Laurent, Nougéin et Chasseing, Mme Imbert, MM. Pointereau et Saury, Mmes Lassarade et Guidez, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Gilles et Decool, Mme Guillotin, MM. L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli, Laménie, J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « et 7° » est remplacée par les références : « , 7° et 9° ».

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement a pour objet de faire entrer les structures de la prévention et des soins en addictologie, ainsi que les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisés, dans le champ de l'obligation de la contractualisation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, un CPOM, avec l'ARS.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Les structures visées par cet amendement sont toutes mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles comme services médico-sociaux. Elles ont pour mission de veiller à l'accompagnement médical et social de personnes très démunies et atteintes de pathologies chroniques. Elles font déjà l'objet d'un financement annuel par dotation globale. Il paraît donc logique, afin de donner une visibilité bienvenue à leurs gestionnaires, de leur appliquer les dispositions de droit commun du CPOM.

Toutefois, sur ce point technique, la commission souhaiterait connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous comprenons le souhait des auteurs de cet amendement. Toutefois, il semble aujourd'hui compliqué pour les ARS de contractualiser avec ces structures. Elles ne sauraient probablement pas le faire, car c'est un peu complexe. Il serait préférable que ce soit une simple option, car en faire une obligation alourdirait le travail des ARS. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 42 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 41.

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

L'amendement n° 41 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Deromedi, M. Sol, Mme Chauvin, M. Bonhomme, Mme Bruguière, M. Guerriau, Mme L. Darcos, MM. Milon, Daubresse, Kern, Kennel, A. Marc et B. Fournier, Mmes Malet et Lanfranchi Dorgal, MM. Morisset et Canevet, Mme Puissat, MM. Bascher, Bazin, Revet, Frassa et Henno, Mmes Gruny et Micouleau, MM. Cuypers, Bouloux, Lefèvre, Pierre, Poniatowski, Perrin et Raison, Mme A.M. Bertrand, MM. Rapin, D. Laurent, Nougéin et Chasseing, Mme Imbert, MM. Pointereau et Saury, Mmes Lassarade et Guidez, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Gilles et Decool, Mme Guillotin, MM. L. Hervé, Brisson et Wattebled, Mme Canayer, MM. Mandelli, Laménie, Dériot, J.M. Boyer, Genest, Darnaud, Moga et Gremillet, Mme Duranton et M. Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7° et 9° et 12° du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces établissements et services ne relèvent pas du IV *ter* de l'article L. 313-12 et de l'article L. 313-12-2, le remplacement des documents mentionnés à l'alinéa précédent est subordonné à l'accord de la personne morale gestionnaire de ces établissements et services. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a prévu la généralisation progressive des CPOM pour les EHPAD. Il généralise également de manière immédiate le passage à l'EPRD, l'état des prévisions de recettes et de dépenses, pour ces établissements, déconnectant ainsi CPOM et EPRD, afin d'assouplir le dialogue entre les autorités de contrôle et de tarification et les gestionnaires et permettre une plus grande souplesse de gestion. En outre, les établissements publics ont un EPRD unique, dès lors qu'un établissement social et médico-social est sous CPOM.

L'EPRD permet de concilier transparence dans l'emploi des crédits et, surtout, souplesse de gestion accrue pour les organismes gestionnaires, afin notamment de pouvoir conduire la transformation de l'offre attendue par les pouvoirs publics.

Il est proposé d'étendre l'EPRD, pour les gestionnaires qui le souhaitent, à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, dans un souci de simplification et d'égalité de traitement entre les établissements.

Il s'agit d'une mesure de cohérence permettant d'homogénéiser les règles de présentation budgétaire pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux et d'assurer une présentation des budgets de fonctionnement plus lisible et plus adaptée, notamment pour les organismes gestionnaires gérant plusieurs autorisations. C'est en somme un amendement de cohérence.

M. le président. L'amendement n° 539, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque ces établissements et services ne relèvent pas du IV *ter* de l'article L. 313-12 et de l'article L. 313-12-2, le remplacement des documents mentionnés à l'alinéa précédent est subordonné à l'accord de la personne morale gestionnaire de ces établissements et services. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. En l'état actuel de la loi, il existe une distinction entre les EHPAD et les établissements et services sociaux et médico-sociaux – établissements et services pour enfants et adultes en situation de handicap, services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées – en termes de relations entre les autorités de contrôle et de tarification et les gestionnaires.

En effet, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a généralisé le système de l'EPRD pour les EHPAD, ce qui se traduit pour ces établissements par un assouplissement des procédures comptables, mais également un dialogue renforcé avec les autorités de gestion et de tarification.

Par cet amendement, nous proposons d'étendre aux établissements et services sociaux et médico-sociaux la possibilité d'adopter l'EPRD. Cette mesure pourrait simplifier la gestion comptable de ces établissements et les rapports avec les autorités. Elle représente aussi une mesure d'égalité entre établissements.

Enfin, il s'agit d'une mesure de cohérence permettant d'homogénéiser les règles de présentation budgétaire pour l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, notamment pour les organismes gestionnaires gérant plusieurs autorisations.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Ces amendements visent à introduire une double mesure.

En premier lieu, il s'agit de mettre fin à l'ingérence tarifaire en cours d'exercice de l'autorité de tarification et de contrôle pour tout établissement médico-social, et non plus seulement pour ceux dont les dotations sont préalablement définies par arrêté ministériel.

En second lieu, il s'agit de préciser que tout établissement et service social et médico-social, à l'exception des EHPAD et des établissements accueillant des personnes handicapées, ne pourra se voir imposer le remplacement de documents budgétaires fondés sur une logique prévisionnelle par un état de prévision de recettes et de dépenses.

La commission des affaires sociales est plutôt favorable à la première mesure, qui lui semble de nature à accroître la liberté gestionnaire, comme le souhaite le Gouvernement. Elle est, en revanche, beaucoup plus réservée sur la seconde : la diffusion de l'EPRD et d'une logique budgétaire fondée sur un pilotage par l'activité semble être la contrepartie indispensable à la liberté gestionnaire.

Par conséquent, la commission s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le cadre budgétaire proposé ne peut techniquement s'appliquer qu'aux établissements tarifés à la ressource : l'autorité de régulation détermine d'abord les recettes, puis le gestionnaire établit ensuite sa prévision de dépenses. C'est le cas aujourd'hui pour tous les EHPAD et les établissements qui ont signé un CEPOM.

Pour tous les autres établissements, au nombre de 32 000, l'EPRD n'a pas de sens au plan budgétaire. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. L'EPRD offre de la souplesse aux établissements. Cet amendement est peut-être prématuré, mais je pense que cette question se reposera et qu'il faudra donner à un certain nombre de structures la capacité d'être associées à leur évolution, notamment dans le cadre d'une société inclusive.

Au regard des observations de Mme la ministre, je retire cet amendement, mais je serai sans doute amené à le représenter à l'avenir.

M. le président. L'amendement n° 41 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bernard Bonne, rapporteur. Au regard des explications que vient de donner le Gouvernement, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 539.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 539.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 424 rectifié est présenté par Mmes Lubin et Grelet-Certenais, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Jasmin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, Tocqueville et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 537 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;

2° Il est ajouté un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Les I et II du présent article ne s'appliquent pas aux établissements mentionnés aux I et au II de l'article L. 313-12 et aux établissements mentionnés à l'article L. 313-12-2. »

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais, pour présenter l'amendement n° 424 rectifié.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Il s'agit d'un amendement de Mme Lubin, que j'ai cosigné.

La fourniture d'un budget primitif est une obligation issue de la procédure budgétaire remplacée par celle qui a été instaurée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Il s'agit d'une démarche administrative superfétatoire, dans la mesure où les établissements et services concernés doivent, depuis l'entrée en vigueur de cette loi et comme dans le secteur sanitaire, transmettre un état prévisionnel des recettes et des dépenses annuel. Il convient que ces établissements et services publics soient logés à la même enseigne que leurs homologues du secteur privé commercial

et associatif, c'est-à-dire qu'ils n'aient à produire qu'un EPRD. Il n'est pas acceptable que les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics soient soumis à une double obligation.

Cet amendement vise donc à supprimer l'obligation de transmission d'un budget primitif au 31 octobre pour les établissements publics. Afin de lever la contrainte de la double présentation budgétaire à laquelle sont confrontés les établissements publics relevant des dispositions de l'article L. 312-12-2 du code de l'action sociale et des familles, cet alignement est nécessaire. Cette simplification permettra une meilleure compréhension et une homogénéité des situations sur l'ensemble du territoire.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 537.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement a pour objet de simplifier la présentation des exercices comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles. Ces établissements sont aujourd'hui contraints à une double présentation budgétaire, démarche qui, outre qu'elle mobilise les agents, les élus et les comptables publics, peut susciter des confusions.

Un budget unique est évidemment plus lisible, et sa présentation au plus près de l'année à venir permet une projection plus fine que si elle intervient au début de l'automne.

Le mécanisme actuel, associé à une réforme tarifaire qui, on l'a dit, n'est pas acceptée et pose nombre de problèmes, s'apparente par sa complexité à une usine à gaz aux yeux de ceux-là mêmes qui sont censés la mettre en œuvre.

C'est pourquoi nous proposons d'exclure du champ d'application de l'article L. 315-15 du code de l'action sociale et des familles les établissements et services sociaux ou médico-sociaux. C'est une mesure de simplification.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Je suis défavorable à ces amendements identiques, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, ils tendent à décorrélérer le budget et les décisions modificatives présentés par les directeurs d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux du cadre pluriannuel de la contractualisation, ce qui revient en droit à les rendre de nouveau dépendants d'une gestion strictement annuelle. Il me semble que cela ne va pas du tout dans le sens d'une plus grande liberté et efficacité gestionnaires.

Par ailleurs, ils visent à exclure les EHPAD et les structures chargées de l'accompagnement des personnes handicapées de tout dialogue de gestion avec l'autorité tarifaire.

L'intention qui a présidé à l'élaboration de ces amendements n'est pas clairement établie. De plus, ils vont à l'encontre de la position de la commission.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est proposé de supprimer, pour les établissements publics qui ont signé un CEPOM et produisent un état prévisionnel des recettes et des dépenses, l'obligation de faire voter par leur conseil d'administration le budget prévisionnel avant le 30 octobre de l'année n-1.

Tous les établissements publics ne sont pas contraints d'utiliser deux types de présentation budgétaire différents. Dès lors que l'établissement a signé un CEPOM, seul l'EPRD est à produire pour le 31 octobre.

Par ailleurs, il nous semble souhaitable qu'un EPRD prévisionnel soit présenté au conseil d'administration avant le 31 octobre de l'année n-1. C'est un acte nécessaire, pour ne pas dire indispensable, pour la gestion de l'établissement et sa gouvernance que de voter le budget avant le début de l'exercice budgétaire.

Par conséquent, le Gouvernement émet également un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 424 rectifié et 537.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n^o 169 rectifié *ter*, présenté par Mmes Dindar et Malet, MM. Marseille, Janssens, Lafon, Longeot, Delcros et Moga, Mme Loisier et MM. Détraigne et Kern, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. - L'article L. 1271-1 du code du travail est ainsi modifié :

1^o Au sixième alinéa, les mots : « tout ou partie du » sont remplacés par le mot : « le » ;

2^o Au 9^o du B, le mot : « à » est remplacé par les références : « aux 1^o à 4^o de ».

II. - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. Il s'agit d'étendre la possibilité de payer l'indemnité de frais d'entretien, l'IRFE, par chèques emploi service universels, ou CESU. Actuellement, il est possible de payer par CESU uniquement la rémunération journalière et l'indemnité de sujétions particulières, l'ISP. Cela implique l'établissement d'une double fiche de paie, l'une pour l'IRFE et la seconde pour la rémunération journalière et l'ISP.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Avec cet amendement, nous abordons le problème de la rémunération des accueillants familiaux, qui peut parfois prendre plusieurs formes concurrentes. Le CESU, pensé pour simplifier les obligations déclaratives des employeurs particuliers, est l'instrument tout désigné pour la rémunération par la personne accueillie de son accueillant. Il l'est néanmoins beaucoup moins pour assurer la couverture des frais professionnels, qui excède le champ de l'obligation déclarative ainsi que la compétence des URSSAF.

Il n'en demeure pas moins que la rédaction de l'article visé par l'amendement prévoit déjà que le CESU puisse couvrir ces frais. Compte tenu du caractère faiblement opérationnel du CESU pour la couverture des frais professionnels, la commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement sur ce sujet.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. L'article du code du travail dont la modification est demandée permet déjà de payer les indemnités de frais d'entretien par l'intermédiaire du chèque emploi service préfinancé. En effet, cette indemnité fait partie des contreparties financières prévues à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, qui sont déjà visées par cet article.

De plus, cette indemnité figure bien sur le bulletin de paie unique ou, plus exactement, sur le relevé de contreparties financières, qui est l'équivalent du bulletin de paie pour les accueillants familiaux et qui présente tous les éléments de la rémunération de l'accueillant.

Cette demande étant déjà satisfaite, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nassimah Dindar, pour explication de vote.

Mme Nassimah Dindar. En réalité, il s'agit d'une simplification. En effet, les équipes départementales, qui ont souvent à gérer l'ensemble de la rémunération des accueillants familiaux, ont à établir deux fiches de paie, l'une pour l'indemnité journalière, l'autre pour les indemnités d'entretien et de sujétions. Le recours au CESU leur simplifiera la tâche, puisqu'elles n'auront plus qu'une seule fiche de paie à établir. Cet amendement ne pose selon moi pas de problème.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je comprends mieux votre intention et l'enjeu de la simplification que vous proposez, madame la sénatrice. Reste que la rédaction de cet amendement n'est pas suffisamment claire à mes yeux. Je propose que, dans le cadre de la concertation Grand âge, nous travaillions spécifiquement sur ce sujet avec les acteurs, de façon à proposer des simplifications pour les conseils départementaux. Pour l'heure, n'inscrivons pas cette mesure dans la loi.

M. René-Paul Savary. Très bien !

Mme Nassimah Dindar. Dans ces conditions, je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n^o 169 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n^o 420 rectifié, présenté par Mmes Lubin et Grelet-Certenais, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Jamin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mmes Prévile, Tocqueville et Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa du VII de l'article 58 de la loi n^o 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par exception, lorsque la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 du même code, et le montant mentionné au 1^o est négative, la fraction mentionnée au 2^o est fixée à un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023. »

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. La convergence tarifaire instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 consiste, quand le tarif de soins d'un établissement excède un plafond national prédéfini, à le ramener au niveau de ce dernier.

Afin de ramener les EHPAD au niveau des tarifs plafonds de soins fixés par la ministre de la sécurité sociale, est aujourd'hui proposée une mesure de réduction du délai de convergence tarifaire de sept ans à cinq ans.

Au regard des difficultés que rencontrent un certain nombre d'établissements, il nous semble indispensable de maintenir le délai de convergence initial pour les établissements en convergence négative, à savoir ceux dont les tarifs de soins sont au-dessus des tarifs plafonds, pour ne pas les pénaliser encore davantage.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Cet amendement vise à revenir sur l'accélération du rythme de la convergence tarifaire des EHPAD et à conserver le rythme actuel pour les établissements perdants sur le forfait soins. Il pose deux difficultés majeures.

D'une part, il implique qu'un établissement pourrait perdre à la réforme tarifaire en cas de diminution de son forfait soins, alors que son équilibre budgétaire dépend également de son forfait dépendance. Par ailleurs, il ignore les efforts exceptionnels financés par le Gouvernement, qui, normalement, neutralisent totalement cet impact.

D'autre part, il présente un risque manifeste d'inconstitutionnalité en introduisant une inégalité devant les charges publiques entre établissements.

La commission émet donc un avis défavorable sur l'amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je voudrais simplement rappeler que nous avons d'ores et déjà neutralisé les effets de la convergence tarifaire pour les deux années qui viennent, de façon à éviter aux établissements de se retrouver en difficulté. Par ailleurs, nous travaillons avec l'ensemble des fédérations sur toutes ces questions tarifaires, dans le cadre d'un comité de suivi de la réforme. Enfin, le projet de loi relatif au grand âge permettra de revenir sur la question du financement.

Je ne souhaite pas que l'on inscrive aujourd'hui dans la loi une disposition qui bloquerait la concertation en cours et le travail que nous effectuons avec les établissements.

Je vous demande donc, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement, faute de quoi le Gouvernement y sera défavorable.

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 420 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Non, je le retire, mais nous serons vigilants lors de la discussion du texte annoncé.

M. le président. L'amendement n° 420 rectifié est retiré.

L'amendement n° 372 rectifié *bis*, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, M. Cabanel, Mmes Conway-Mouret et Jasmin, MM. Tourenne et Jacquin, Mme Espagnac, MM. Iacovelli, Duran et Féraud, Mme Ghali, M. P. Joly et Mme Prévile, est ainsi libellé :

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évolution du périmètre des aides techniques prises en compte au titre de la prestation de compensation de handicap.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement vise à engager un débat sur la nécessité de faire évoluer le périmètre des aides techniques prises en charge au titre de la prestation de compensation du handicap, la PCH.

En effet, certaines personnes ayant de réels besoins ne rentrent pas dans le périmètre défini par l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la PCH et ne sont donc pas éligibles au remboursement de leur matériel technique à ce titre. C'est par exemple le cas pour les prothèses auditives ostéo-intégrées. Nous souhaitons qu'un rapport sur ce sujet soit remis au Parlement.

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

M. Bernard Bonne, rapporteur. Il s'agit d'une demande de rapport sur le financement des aides techniques au titre de la PCH. Or un très récent rapport de notre collègue Philippe Mouiller traite précisément du financement des aides techniques par la PCH et de l'opportunité de la faire relever de l'assurance maladie. C'est pourquoi la commission vous demande, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ajoute que cet amendement est en fait en partie satisfait.

En effet, l'un des chantiers de la grande conférence nationale du handicap était consacré à la rénovation des prestations de compensation du handicap pour mieux prendre en compte les besoins des personnes. La problématique des aides techniques a été abordée dans le cadre de ce chantier, puisqu'elle a été explicitement évoquée lors du conseil interministériel du handicap. Nous avons d'ores et déjà engagé, en concertation avec les publics concernés, des travaux sur l'articulation entre les aides financées par l'assurance maladie au titre de la liste des produits et des prestations remboursables, la LPPR, et les aides prises en charge au titre de la PCH. Le Gouvernement a annoncé, lors du comité interministériel du handicap, qu'il en restituerait la teneur au Parlement, conformément aux prescriptions de la loi de 2005, afin d'engager un débat avec la représentation nationale.

Le Gouvernement demande également le retrait de cet amendement.

M. le président. Madame Jasmin, l'amendement n° 372 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. Si nous avons souhaité déposer un tel amendement, c'est que le périmètre des aides techniques prises en charge n'est pas clairement défini. Toutefois, compte tenu des éléments apportés par Mme la ministre, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 372 rectifié *bis* est retiré.

Chapitre IV

AMÉLIORER LES CONDITIONS DE L'ACCÈS
AUX PRODUITS DE SANTÉ

Article additionnel avant l'article 42

M. le président. L'amendement n° 234 rectifié *quater*, présenté par MM. Decool et Daudigny, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Chasseing, Guerriau, A. Marc, Fouché, Capus et Daubresse, Mmes Vullien et Guillotin, MM. Bonnacarrère, Pellevat et Courtial, Mme Noël, MM. Détraigne, Karoutchi et Kern, Mme Lopez, MM. Lefèvre et Rapin, Mmes Thomas, Garriaud-Maylam et Keller, MM. Babary, Laménie et Priou, Mme Billon, MM. Danesi, del Picchia, Duplomb, Adnot, Buffet et Tourenne, Mmes Micouleau, de la Provôté et Lherbier, M. Poniatowski, Mme Berthet et MM. Gremillet et Gabouty, est ainsi libellé :

Avant l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I - Le II de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« ...° La soutenabilité des capacités de production de l'entreprise exploitant le médicament et leur adéquation à la demande projetée de la spécialité concernée ;

« ...° La place de la spécialité dans l'arsenal thérapeutique disponible sur le territoire français pour le traitement des indications visées. »

II – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement est issu des travaux de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, dont notre collègue Jean-Pierre Decool était le rapporteur, et moi le président.

Ces travaux, je veux le souligner, ont mis en évidence une situation certainement sous-estimée et particulièrement préoccupante, aux conséquences très lourdes, d'abord bien sûr pour les patients, en termes de perte de chances et de confiance, mais aussi pour les finances des établissements et pour l'indépendance sanitaire de la France.

Le problème tient à la fois à la complexité de la chaîne du médicament, à la fabrication des matières premières dans des pays comme la Chine ou l'Inde, par exemple, et à un manque de confiance entre les acteurs de la distribution du médicament, depuis les laboratoires jusqu'aux officines.

Le présent amendement a pour objet d'inscrire parmi les critères de fixation du prix des médicaments par le comité économique des produits de santé, le CEPS, des éléments tenant compte notamment des efforts déployés par les entreprises pharmaceutiques pour garantir l'adaptabilité de leurs schémas de production aux variations de la demande et prévenir les risques de rupture de stock. Je pense notamment au doublonnage des sites de production ou à la mise en œuvre de processus de fabrication innovants et plus

réactifs, telle la fabrication en continu. Ces efforts requièrent des investissements qui devraient pouvoir être valorisés dans le cadre de la fixation du prix des médicaments par le CEPS.

Le prix des médicaments devrait également tenir compte de la place de certaines spécialités anciennes dans l'arsenal thérapeutique particulièrement exposées à des risques de rupture de stock. Ces médicaments, qui s'adressent parfois à des populations cibles restreintes, font souvent l'objet d'une seule campagne de production par an en raison de leur faible prix.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Comme l'a dit notre collègue Yves Daudigny, cet amendement fait suite aux travaux de la mission d'information sénatoriale sur la pénurie de médicaments et de vaccins. L'idée nous paraît intéressante, même si la commission s'est interrogée sur la définition juridique de certaines des notions employées, notamment celle d'« adéquation à la demande projetée ». La commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement et connaître son point de vue sur les modalités d'application de ce dispositif.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Daudigny, vous proposez d'ajouter deux nouveaux critères pour la fixation du prix des médicaments, afin d'éviter les ruptures d'approvisionnement : la soutenabilité des capacités de production de l'entreprise et la place de la spécialité dans l'arsenal thérapeutique disponible sur le territoire français.

Vous souhaitez utiliser le prix comme un moyen de pression pour favoriser la production sur le territoire. Il ne nous semble pas que ce soit le bon moyen d'y arriver, d'abord parce que le prix n'est que très rarement une cause de ruptures d'approvisionnement, et surtout parce qu'une telle disposition créerait une rupture d'égalité de traitement entre des médicaments équivalents, alors que la philosophie fondamentale en matière de fixation du prix des médicaments en France repose sur le principe suivant : à équivalence d'efficacité, équivalence de prix.

L'évaluation des médicaments dans son ensemble repose sur ce principe, en particulier celle de l'ASMR – l'amélioration du service médical rendu : un industriel peut obtenir un prix supérieur pour son médicament si ce dernier permet une amélioration du service médical rendu par rapport aux médicaments existants.

En réalité, monsieur le sénateur, l'introduction de votre dispositif changerait complètement notre façon d'évaluer les médicaments. Je suis tout à fait d'accord pour travailler sur la problématique des ruptures d'approvisionnement sur la base du rapport du Sénat, qui préconisait différentes approches complémentaires, mais celle que vous proposez aujourd'hui ne nous semble pas adaptée pour garantir une production française, qui ne nous mettrait d'ailleurs pas à l'abri des ruptures d'approvisionnement. On observe en effet que, dans la majorité des cas, elles tiennent au fait qu'il n'existe qu'un seul site de production : quand l'usine prend feu, la production du médicament qui s'interrompt, qu'elle soit localisée sur le territoire français ou sur le territoire allemand.

À mon avis, cet amendement ne constitue pas une bonne manière d'aborder le problème. C'est pourquoi le Gouvernement y est défavorable.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Il est vrai qu'aborder le sujet des pénuries de médicaments et de vaccins au détour de l'examen d'un amendement à un projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est peut-être pas la meilleure des méthodes.

Les deux amendements que j'ai déposés sur cette question – le premier a été discuté hier, peu avant minuit et demi, et a été retiré sans que tous nos collègues aient eu le temps d'en prendre vraiment connaissance – ont pour principal objet de faire prendre conscience de la gravité de la situation, en premier lieu pour les patients. Des ruptures d'approvisionnement ont occasionné des pertes de chances pour des personnes atteintes de maladies graves. Cette situation entraîne également une perte de confiance des patients à l'égard des médicaments. Elle engendre en outre des coûts très importants, en particulier sur le plan logistique. Enfin, l'indépendance sanitaire de la France est en cause.

Nous souhaitons que vous preniez ce sujet en main, madame la ministre, par exemple en créant un groupe de travail. Les membres de la mission d'information sénatoriale, qui ont beaucoup œuvré sur cette question pendant l'été, sont prêts à travailler avec vous. En tout cas, le sujet mérite d'être examiné avec la plus grande attention et le plus grand soin.

Cela étant, je retire cet amendement.

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

Article 42

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 1° de l'article L. 133-4, après les mots : « des articles », sont insérés les références : « L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1, » et, à la fin, la référence : « et L. 162-23-1 » est remplacée par les références : « , L. 162-23-1 et L. 165-1-5 » ;
- ③ 2° L'article L. 162-4 est ainsi modifié :
- ④ a) Au 1°, après le mot : « thérapeutiques », sont insérés les mots : « ou des conditions » ;
- ⑤ b) Le 2° est complété par les mots : « , ou des conditions figurant sur cette même liste » ;
- ⑥ 3° Au début du troisième alinéa du I de l'article L. 162-16-5, sont ajoutés les mots : « Sous réserve du respect des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, et notamment de la prise en charge des spécialités concernées à ce titre, » ;
- ⑦ 4° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :
- ⑧ a) La première phrase du premier alinéa du I est ainsi modifié :
- ⑨ – après le mot : « publique », sont insérés les mots : « prises en charge selon les modalités fixées par l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, » ;
- ⑩ – après le mot : « réclame », sont insérés les mots : « , le cas échéant, » ;

- ⑪ – sont ajoutés les mots : « dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 du présent code ou L. 5123-2 du code de la santé publique pour au moins l'une de ses indications » ;
- ⑫ b) À la première phrase du premier alinéa du II, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « selon les modalités fixées à l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- ⑬ b bis) (*nouveau*) Le second alinéa du même II est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Lorsque toutes les indications prises en charge d'un médicament, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2, relèvent des dispositions du V du présent article, pour la partie de l'année civile sur laquelle cette condition est satisfaite, le chiffre d'affaires mentionné à la première phrase du présent alinéa pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent II s'entend uniquement du chiffre d'affaires réalisé au titre des indications prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2. Le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces indications, pour la période de temps concernée, est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total pour le médicament par la part d'utilisation de ce médicament dans les indications considérées. » ;
- ⑭ c) Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Le III du présent article et le présent IV sont applicables aux indications ne faisant pas l'objet de la fixation d'une compensation mentionnée au V du présent article. » ;
- ⑯ d) Après le même IV, sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « V. – Lorsque qu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications, et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée. La compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.
- ⑱ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.
- ⑲ « Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au présent V, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication, minoré le cas échéant des remises mentionnées au II du présent article au titre la période et pour l'indication considérées, et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.

- 20 « Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent V, notamment les conditions de prise en charge des spécialités concernées. » ;
- 21 e) Le V, qui devient le VI, est ainsi modifié :
- 22 – à la première phrase, après les deux occurrences de la référence : « du II », est insérée la référence : « ou du V » ;
- 23 – à la deuxième phrase, après le mot : « utilisation », sont insérés les mots : « dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- 24 – à la même deuxième phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- 25 – à la dernière phrase, après la référence : « au II », est insérée la référence : « ou au V » ;
- 26 f) Le VI, qui devient le VII, est ainsi modifié :
- 27 – aux première et seconde phrases, après le mot : « charge », sont insérés les mots : « accordée dans le cadre de l'article L. 162-16-5-1-1 » ;
- 28 – à la première phrase, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , octroyée au titre du 1° du I du même article L. 5121-12 ou au titre du 2° du même I, » ;
- 29 5° Après le même article L. 162-16-5-1, il est inséré un article L. 162-16-5-1-1 ainsi rédigé :
- 30 « *Art. L. 162-16-5-1-1.* – I. – Les spécialités pharmaceutiques disposant, pour des indications particulières, d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du présent code ou dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur.
- 31 « Les autorisations temporaires d'utilisation délivrées au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament considéré ainsi que dans le cadre de la continuité de traitement mentionné à l'article L. 162-16-5-2 du présent code.
- 32 « En cas de prise en charge d'une indication au titre du présent article ou de l'article L. 162-16-5-2, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- 33 « II. – Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation, sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 34 6° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- 35 a) Le I est ainsi modifié :
- 36 – au premier alinéa, les mots : « , préalablement à l'obtention de sa première autorisation de mise sur le marché, » sont supprimés ;
- 37 – au même premier alinéa, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots : « et qui a fait l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code » ;
- 38 – après le mot : « pour », la fin dudit premier alinéa est ainsi rédigée : « l'indication ayant fait l'objet de l'autorisation temporaire d'utilisation dès lors que cette indication est mentionnée dans une autorisation de mise sur le marché délivrée pour ce médicament. » ;
- 39 – les 1° et 2° sont abrogés ;
- 40 – le dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 41 « Par dérogation au premier alinéa, la poursuite de la prise en charge d'un traitement, pour un patient donné, initié dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation délivrée au titre du 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, et ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du I de l'article L. 162-16-5-1-1 du présent code, est autorisée, sous réserve que l'indication n'ait pas fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché au sens du premier alinéa de l'article L. 5121-9 du code de la santé publique. » ;
- 42 b) Le II est ainsi rédigé :
- 43 « II. – Les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques n'ayant pas fait l'objet, pour une indication particulière, d'une autorisation temporaire d'utilisation mais disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans cette indication peuvent demander leur prise en charge temporaire par l'assurance maladie. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 44 c) Le III est ainsi modifié :
- 45 – au premier alinéa du A, après les mots : « mentionnée au I », sont insérés les mots : « et au II » ;
- 46 – au 1° du même A, après le mot : « inscription », sont insérés les mots : « ou au refus d'inscription » ;
- 47 – au 3° dudit A, les mots : « marché, ou » sont remplacés par les mots : « marché pour les indications relevant du I, ou aucune demande d'inscription n'est déposée concomitamment à la demande de prise en charge pour les indications relevant du II, ou, pour les indications relevant des I ou II, » ;
- 48 – il est ajouté un D ainsi rédigé :
- 49 « D. – Le présent III est notamment applicable aux spécialités disposant ou ayant disposé d'une autorisation temporaire d'utilisation au titre des 1° ou 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et d'une prise en charge à ce titre. » ;
- 50 d) Le IV est ainsi rédigé :
- 51 « IV. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1 est applicable aux prises en charge au titre du présent article. » ;
- 52 7° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3 est ainsi modifié :
- 53 a) À la première phrase, après les mots : « titre de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;
- 54 b) À la deuxième phrase, après les mots : « dispositions de », sont insérés les mots : « l'article L. 162-16-5-1-1 ou de » ;

- 55 8° Après le même article L. 162-16-5-3, il est inséré un article L. 162-16-5-4 ainsi rédigé :
- 56 « *Art. L. 162-16-5-4. – I. –* La prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, pour une indication particulière, au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, implique l'engagement par le laboratoire exploitant la spécialité de permettre d'assurer la continuité des traitements initiés :
- 57 « 1° Pendant la durée de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 ;
- 58 « 2° Et pendant une durée d'au moins un an à compter, pour l'indication considérée, de l'arrêt de la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2.
- 59 « Ces dispositions ne s'appliquent pas si la spécialité, pour l'indication concernée, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients. Le délai d'un an est ramené à quarante-cinq jours lorsque l'indication concernée fait l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 162-17 du présent code ou au titre de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- 60 « Durant la période de continuité de traitement postérieure à la prise en charge au titre des articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2, les conditions de prise en charge le cas échéant fixées par le Comité économique des produits de santé s'appliquent. Lorsque l'inscription est prononcée uniquement sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, le laboratoire permet l'achat de son produit pour les continuités de traitement à un tarif qui n'excède pas, le cas échéant après l'application de remises, le prix de référence mentionné à l'article L. 162-16-5-1.
- 61 « II. – En cas de manquement aux dispositions du I, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à l'encontre du laboratoire exploitant selon les modalités prévues aux onzième à avant-dernier alinéas de l'article L. 162-17-4, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I, durant les vingt-quatre mois précédant la constatation du manquement. » ;
- 62 9° Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge. » ;
- 63 10° Après l'article L. 162-17-1-1, il est inséré un article L. 162-17-1-2 ainsi rédigé :
- 64 « *Art. L. 162-17-1-2. –* La prise en charge des produits de santé et prestations éventuellement associées au titre de l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et aux articles L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 165-1 du présent code, au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou au titre des articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-2, L. 162-17-2-1 ou L. 165-1-5 du présent code peut être subordonnée au recueil et à la transmission d'informations relatives aux patients traités, au contexte de la prescription, aux indications dans lesquelles le produit de santé ou la prestation est prescrit et aux résultats ou effets de ces traitements. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les produits de santé et prestations associées et les informations concernés par ces dispositions.
- 65 « Ces informations sont transmises aux systèmes d'information prévus à l'article L. 161-28-1 du présent code et à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique. Elles peuvent être transmises au service du contrôle médical dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.
- 66 « Le non-respect de ces obligations peut donner lieu à une procédure de recouvrement d'un indu correspondant aux sommes prises en charge par l'assurance maladie, selon les modalités prévues à l'article L. 133-4. » ;
- 67 11° À la troisième phrase du premier alinéa et à la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1, les mots : « après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » sont supprimés ;
- 68 12° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :
- 69 « *Art. L. 162-17-2-2. –* Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.
- 70 « Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, ou de tout ou partie d'entre eux, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques, ou tout ou partie d'entre eux, peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;
- 71 13° Le neuvième alinéa de l'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :
- 72 a) À la fin de la dernière phrase, la référence : « de l'article L. 162-16-4 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6 » ;
- 73 b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa sont indépendantes et ne font pas obstacle à l'application des articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6 et L. 162-18. » ;
- 74 14° L'article L. 162-18 est ainsi modifié :
- 75 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 76 a bis (*nouveau*) Les deux dernières phrases du quatrième alinéa sont supprimées ;
- 77 b) Après le même quatrième alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- 78 « II. – Pour les spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, le remboursement par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques inscrites, au moins pour l'une de leurs indications, sur les listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, aux articles L. 162-22-7 ou L. 162-

23-6, ou prises en charge au titre de l'article L. 162-17-2-1, peut être subordonné au versement obligatoire de remises par les entreprises qui exploitent ces spécialités. Les remises peuvent concerner une spécialité ou, le cas échéant, un ensemble de spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires. Les remises peuvent notamment prendre en compte au moins l'un des critères prévus aux I ou II de l'article L. 162-16-4, appliqué aux prix nets ou aux tarifs nets au sens du dernier alinéa du I du présent article.

- 79 « Ces remises sont fixées par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.
- 80 « III (*nouveau*). – Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;
- 81 *c) (Supprimé)*
- 82 *d)* Au début du cinquième alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- 83 *e)* À la seconde phrase du sixième alinéa, la référence : « au premier alinéa » est remplacée par les références : « aux I et II » et les mots : « des trois prochaines années » sont remplacés par les mots : « de la prochaine année » ;
- 84 *f)* À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « sixième alinéa du présent article » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa du présent IV » ;
- 85 *g)* Au dernier alinéa, après le mot : « convention », sont insérés les mots : « ou de décision » ;
- 86 15° À l'article L. 162-22-7-3, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « qui bénéficient d'un dispositif de prise en charge », la référence : « L. 5121-12 du code la santé publique » est remplacée par la référence : « L. 162-16-5-1-1 » et sont ajoutés les mots : « , dans les conditions fixées aux mêmes articles L. 162-16-5-1-1 ou L. 162-16-5-2 » ;
- 87 16° Après l'article L. 165-1-3, il est inséré un article L. 165-1-5 ainsi rédigé :
- 88 « *Art. L. 165-1-5.* – I. – Certains produits et prestations pour lesquels, pour une indication particulière, une inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 est demandée et est en cours d'instruction, peuvent faire l'objet d'une prise en charge temporaire par l'assurance maladie, décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la commission mentionnée au même article L. 165-1 et selon des conditions et modalités définies par décret en Conseil d'État. Ce décret fixe également les situations dans lesquelles il peut être mis fin à la prise en charge temporaire. Seuls certains établissements de santé peuvent distribuer ce produit ou cette prestation en vue de sa prise en charge. Cette prise en charge peut conduire les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à modifier les conditions de délivrance des produits concernés au titre de leur éventuelle prise en charge au titre dudit article L. 165-1.

- 89 « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I.
- 90 « II. – Pour les indications faisant l'objet d'une compensation mentionnée au I du présent article, l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette indication et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues et utilisées dans le cadre de cette indication selon la compensation fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en proratisant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée.
- 91 « III. – Lorsqu'un produit ou une prestation ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du II est inscrit au remboursement au titre de l'article L. 165-1 et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé au titre de l'une ou de plusieurs de ses indications, la convention détermine le prix ou tarif net de référence du produit ou de la prestation au sens de l'article L. 165-4 et, le cas échéant, la restitution consécutive de tout ou partie de la remise versée en application du II du présent article. Le montant de cette restitution résulte de la valorisation des unités vendues, et prises en charge au titre du I, au prix ou tarif net de référence, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction de la remise prévue au II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée. Le montant de cette restitution ne peut excéder la remise versée en application du même II, au titre des indications considérées et de l'année civile pour laquelle la remise avait été versée.
- 92 « IV. – L'article L. 162-16-5-4 est applicable aux produits et prestations faisant l'objet de la prise en charge mentionnée au I du présent article. » ;
- 93 17° L'article L. 165-4 est ainsi modifié :
- 94 *a)* Après le premier alinéa du III, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- 95 « IV. – Les conventions conclues au titre des produits ou prestations bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une prise en charge mentionnée à l'article L. 165-1-5 n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour la prochaine année.
- 96 « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque produit ou prestation. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au I du présent article, qui pourraient être dues au titre la prochaine année, du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2.

- 97 « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du présent IV.
- 98 « À défaut de convention prévoyant des remises, le tarif de responsabilité tient lieu de prix net de référence. » ;
- 99 b) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».
- 100 II. – Au premier alinéa du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « , dans des indications thérapeutiques précises, ».
- 101 II *bis* (nouveau). – L'article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale est également applicable aux médicaments homéopathiques pris en charge, à la date de publication de la présente loi, au titre de l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du même code.
- 102 III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} mars 2019, à l'exception des 10^o et 12^o du I ainsi que du II *bis*.
- 103 IV. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles réalisées par le Comité économique des produits de santé.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Madame la ministre, je souhaite vous faire part de notre perplexité, et même de notre inquiétude, devant la complexité de cet article.

Cette complexité résulte pour partie de sa construction, puisqu'il recouvre plusieurs sujets n'ayant que peu à voir entre eux, depuis les extensions d'indication pour des médicaments de pointe jusqu'à l'évaluation de l'homéopathie, en passant par la régulation des médicaments en association. Il en résulte une intrication de dispositifs tout à fait illisible, qui ne peut tenir qu'à une volonté de ne pas afficher un trop grand nombre de mesures touchant à la régulation du médicament. Pour l'efficacité et la clarté du débat parlementaire, une répartition des nombreux thèmes abordés entre différents articles aurait été largement préférable.

Cette complexité résulte également du fond des dispositions prévues : le degré de raffinement atteint par les divers dispositifs de prise en charge des produits de santé en rend la compréhension tout à fait inaccessible au profane, mais aussi aux sièges étrangers des grandes entreprises pharmaceutiques. Cette évolution me paraît contraire à l'esprit qui avait présidé à l'élaboration des conclusions adoptées par le conseil stratégique des industries de santé, le CSIS, qui ont mis l'accent sur la nécessité de rendre la régulation du médicament plus claire et plus lisible.

Nous nous réjouissons bien sûr que certaines des préconisations formulées dans le cadre de notre rapport sur l'accès précoce aux innovations médicamenteuses aient été retenues, comme la réduction de trois ans à un an des projections de volumes de ventes pour le calcul du prix net de référence des médicaments en sortie d'autorisation temporaire d'utilisation – ATU – ou l'ouverture des dispositifs aux extensions d'indication. La complexité du régime financier mis en place pour

en assurer l'application ne peut cependant que laisser pantois et desservir l'attractivité de la France pour les entreprises pharmaceutiques.

Je souhaite maintenant relayer les inquiétudes exprimées par certains acteurs de santé que j'ai entendus au sujet du calendrier d'application des extensions d'indication. Il semble en effet qu'un certain flou entoure les potentielles extensions d'indication qui, au 1^{er} mars 2019, date d'entrée en vigueur de la réforme, auront obtenu une autorisation de mise sur le marché, mais ne disposeront pas encore d'un avis de la HAS ni d'un accord de prix. Comment ces extensions, qui concernent principalement les immunothérapies, semble-t-il, pourront-elles être rapidement mises à disposition des patients ?

D'autres acteurs se sont émus de la formulation retenue dans l'article en ce qui concerne le régime des ATU. Le dispositif vise en effet « certains établissements de santé ». Pourriez-vous nous préciser, madame la ministre, comment ces établissements seront sélectionnés ?

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. Je partage les observations de Catherine Deroche à propos de la complexité de cet article, qui fait onze pages et comporte quatre-vingt-quatorze alinéas ! En matière de simplification, on est bien loin du compte !

À notre sens, contrairement à l'objectif affiché, cet article favorise les industries pharmaceutiques en établissant des dérogations aux règles existantes. Évidemment, nous ne nions pas l'importance, pour les patients gravement malades, de pouvoir bénéficier d'un accès rapide aux traitements thérapeutiques innovants. Nous y sommes tout à fait favorables.

Je sais aussi que nos collègues Daudigny, Deroche et Guillotin ont travaillé sur le sujet dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, et sont allés dans le même sens. Soit dit sans leur faire offense, je crois que l'on ne peut que s'interroger sur la faible place accordée aux associations d'usagers dans leurs auditions. C'est d'autant plus problématique que nous savons combien les experts peuvent être soumis à divers conflits d'intérêts, d'où l'importance d'avoir des regards différents et croisés.

Je n'approuve pas la proposition d'ouvrir le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation aux extensions d'indication thérapeutique, d'autant qu'un précédent rapport sénatorial de 2011 préconisait, au contraire, de modifier le statut des ATU afin d'éviter que le titulaire des droits d'un médicament n'utilise cette voie à seule fin de contourner la procédure d'AMM et le mode de fixation des prix.

De même, en 2011, à l'Assemblée nationale, lors de l'examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire, à la suite du scandale du Mediator, le rapporteur Arnaud Robinet notait que l'encadrement des autorisations temporaires d'utilisation constituait « une avancée majeure du projet de loi. L'ancien système donnait, en effet, lieu à un certain nombre de dérives : les autorisations temporaires d'utilisation étaient parfois utilisées par les laboratoires pour contourner l'autorisation de mise sur le marché, dans des conditions non encadrées et potentiellement dangereuses pour les patients. »

Or l'article 42 assouplit considérablement les règles du jeu. Actuellement, la procédure des extensions d'indication impose à l'industriel de déposer un nouveau dossier complet, qui doit être examiné par les différentes instances. Ce processus est donc nécessairement long, mais il me semble qu'il est aussi garant d'une certaine sécurité sanitaire.

Il ne s'agit en aucun cas pour nous de vouloir restreindre l'accès de la population aux traitements les plus innovants, mais bien de faire en sorte que toutes les conditions nécessaires à une sécurité optimale soient réunies. Or je crains que cet article n'ouvre la voie à une dangereuse déréglementation, au rebours de l'objectif affiché.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je rappelle qu'il s'agit d'un dispositif complexe par essence, qui s'est traduit dans le droit de manière complexe. Le Conseil d'État a cherché à en simplifier la rédaction, mais il n'a finalement rien trouvé à y redire. J'en ai été moi-même surprise... Cela témoigne du talent des services du ministère!

Madame Cohen, vous estimez qu'il est risqué d'ouvrir les ATU aux extensions d'indication. J'ai beaucoup fréquenté les associations de malades du cancer – il s'agit essentiellement ici de médicaments anticancéreux innovants –, et j'ai rarement entendu réclamer que l'on temporise avant de rendre des médicaments innovants accessibles aux patients! Ce fut un enjeu majeur aux débuts de l'immunothérapie, qui a d'abord été développée pour traiter une pathologie très rare, le mélanome malin, avant de susciter un intérêt croissant pour un très grand nombre d'autres maladies. Pour les patients atteints d'un cancer du poumon métastatique, qui ne pouvaient accéder au médicament parce que l'AMM délivrée en France ne visait que les patients atteints de mélanome et qui ont dû attendre un an la fin de la procédure d'AMM au niveau européen, je peux vous dire que la situation était intenable...

Si nous proposons d'ouvrir le dispositif des ATU aux extensions d'indication, c'est parce que de nouvelles classes de médicaments sont apparues. Auparavant, on développait un médicament pour une indication thérapeutique; aujourd'hui, on a des médicaments présentant une efficacité thérapeutique très transversale, et les extensions d'indication se succèdent. C'est pourquoi nous proposons d'adapter le dispositif des ATU à un nouveau type de médicaments, beaucoup moins spécifiques que les médicaments habituels. Il s'agit à mon sens d'un service que nous rendons aux malades, et cela ne réduit en rien la sécurité. Le dispositif est exactement le même que pour une ATU primaire.

Enfin, certains médicaments excessivement innovants – je pense notamment aux *CAR-T cells*, qui relèvent de la thérapie génique et cellulaire –, aux effets secondaires absolument inconnus et parfois cataclysmiques, doivent être mis exclusivement dans des mains expertes, qui capitaliseront sur l'expertise pour permettre une meilleure utilisation à l'avenir: c'est un enjeu de sécurité, il ne s'agit nullement de restreindre l'accès à ces médicaments.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Je vous remercie de ces précisions, madame la ministre. Il faut effectivement que les services qui emploient ces médicaments innovants soient le plus experts possible: il y va de la sécurité des patients.

Concernant l'immunothérapie, je répète ce que j'ai dit lors de la discussion générale: il faut que les choses s'accélèrent pour le référentiel des actes innovants hors nomenclature, le RIHN, si l'on veut que les tests permettent de mieux cibler les indications thérapeutiques et que les établissements puissent disposer des moyens financiers de les mener et d'adapter les traitements.

Mme Cohen a mis en garde, à propos des médicaments innovants, contre l'action du lobby des laboratoires pharmaceutiques.

Mme Laurence Cohen. Ce n'est pas ce que j'ai dit!

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Ce n'est peut-être pas ce que vous avez dit, mais les arguments utilisés par les auteurs de certains courriels qui nous sont adressés au sujet des médicaments innovants sont de la même veine que ceux des opposants aux vaccins.

Mme Laurence Cohen. Ne me mettez pas dans la boucle!

Mme Catherine Deroche, rapporteur. L'argumentation que vous avez développée est un peu du même ordre: la promotion des médicaments innovants ferait le jeu des laboratoires pharmaceutiques. Que des risques soient associés aux médicaments innovants, c'est indéniable; cela est vrai aussi pour les vaccins.

Avec Yves Daudigny et Véronique Guillotin, nous avons entendu tout le monde lorsque nous avons élaboré notre rapport. Ceux qui nous ont le plus convaincus, ce sont les représentants des équipes de l'Institut Curie et de l'Institut Gustave-Roussy, qui traitent des patients pour lesquels, à défaut d'un essai thérapeutique et clinique, la seule perspective est la mort.

Je m'exprime ainsi parce que je ne voudrais pas que se diffusent, à propos des médicaments innovants, des arguments fallacieux du même ordre que ceux dont les vaccins font l'objet.

M. le président. La parole est à M. Michel Amiel, sur l'article.

M. Michel Amiel. Avec l'immunothérapie, on assiste à une révolution thérapeutique, un peu à l'instar de celle que l'on a connue il y a quelques dizaines d'années avec les antibiotiques.

Modeste praticien, je ne connais pas l'immunothérapie, mais je suis retourné à l'école pour essayer tout de même de comprendre. Comme Mme Deroche, j'ai été convaincu par les arguments scientifiques extrêmement précis des sachants.

Dans ce domaine non plus, il ne faut pas tomber sous le joug des obscurantistes qui sont toujours prompts à condamner tout ce qui peut constituer un progrès thérapeutique. Je ne suis pas un partisan forcené de toutes les innovations, mais des patients atteints de cancers métastasés bénéficient des progrès thérapeutiques qui ont été évoqués. C'est pour eux une formidable espérance, au-delà des aspects strictement scientifiques. Au départ, l'immunothérapie était destinée à traiter le mélanome malin, puis elle a été employée contre le cancer du rein et celui du poumon. Je suis convaincu que la diffusion de ces progrès thérapeutiques permettra non seulement d'améliorer la survie en bonne santé des patients, mais aussi d'abaisser le prix des thérapies, qui peut paraître aujourd'hui considérable. Cela permet d'être extrêmement optimiste.

M. le président. L'amendement n° 630 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 2° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « du quatrième alinéa » sont remplacés par les mots : « du III » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 630 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 33 rectifié *ter*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Pellevat et Frassa, Mme Deromedi, MM. Houpert, Sido, Babary, Charon, Laménié et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Bories et Berthet, MM. Poniatowski et Gremillet et Mme Renaud-Garabedian, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 17

Après la référence :

L. 162-16-5-1-1,

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pharmaceutique pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II. - Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II de l'article L. 165-16-5-2, la compensation accordée à l'entreprise exploitant pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. En élargissant l'accès précoce aux innovations, cet article offre des chances supplémentaires aux patients atteints de maladies graves ne disposant pas d'autre solution thérapeutique.

Néanmoins, les modalités autoritaires de fixation du prix par arrêté ministériel sont perçues comme un repoussoir et constituent un frein à la mise à disposition de ces traitements par les industriels.

Afin d'assurer aux patients l'accès à ces innovations, il est proposé que les conditions économiques d'accès au marché soient négociées dans le cadre habituel de la politique conventionnelle, c'est-à-dire entre le comité économique des produits de santé et l'industriel. À défaut d'accord conventionnel, le ministère de la santé garderait la possibilité de décider du prix. Les mécanismes de régulation existants garantissent l'encadrement des dépenses de médicament.

M. le président. L'amendement n° 86 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 17, première phrase

Remplacer les mots :

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée

par les mots :

, la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée est fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier

II. - Alinéa 18

Remplacer les mots :

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent également une compensation

par les mots :

Une compensation est également fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier

III. - Alinéa 19, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions prévues au premier alinéa du présent V

IV. - Alinéa 89

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La compensation accordée à l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application du présent I est fixée par convention entre l'entreprise exploitant la spécialité et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision de ce dernier.

V. - Alinéa 90, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions prévues au deuxième alinéa du I

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement, du même ordre que le précédent, tend à prévoir, pour la détermination de la compensation applicable aux extensions d'indication et à l'accès direct en post-ATU, ainsi que pour le mécanisme d'accès précoce proposé pour les dispositifs médicaux, un mécanisme de négociation conventionnelle semblable à celui qui a communément cours en matière de fixation des prix des produits de santé.

Le texte prévoit en effet que cette compensation soit fixée par le ministre. Je m'inquiète de constater, année après année, le recul croissant du respect du principe de primauté conventionnelle dans la régulation en matière de produits de santé. C'était notamment le cas, pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, s'agissant de la régulation des dispositifs médicaux.

Nous sommes bien entendu sensibles aux risques de dérapage financier et il est vrai que les laboratoires pharmaceutiques demandent parfois des indemnités extrêmement élevées. Nous entendons également l'argument selon lequel la disposition proposée par le Gouvernement ne jouera qu'en trésorerie, dans la mesure où le prix net négocié avec le CEPS viendra rétroactivement s'appliquer. Nous estimons cependant que le principe de la primauté conventionnelle doit continuer de régir l'organisation des soins comme la régulation des produits de santé. L'efficacité de l'action publique en matière de santé ne saurait découler que de la bonne implication et coopération de l'ensemble des acteurs concernés. En outre, dans un marché pharmaceutique mondialisé, le maintien de l'attractivité de la France constitue un enjeu majeur pour la garantie de l'accès aux soins des patients sur le long terme. C'était d'ailleurs le sens de la mesure phare n° 14 du CSIS, qui vise à « refonder les orientations du comité économique des produits de santé, pour donner toute sa place à la négociation conventionnelle ». J'estime dès lors indispensable d'envoyer un signal en ce sens aux acteurs concernés.

M. le président. L'amendement n° 350, présenté par M. Daudigny, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 17

1° Première phrase

Remplacer le mot :

fixent

par le mot :

proposent

2° Seconde phrase

Remplacer cette phrase par trois phrases ainsi rédigées :

Lorsque l'exploitant de cette spécialité est lié par une convention conclue avec le Comité économique des produits de santé, cette compensation fait l'objet d'un avenant à cette convention. À défaut, la compensation est fixée par décision des ministres. Dans l'un et l'autre

de ces deux cas, la compensation ainsi fixée reste applicable en cas de prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2.

II. – Alinéa 18

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Une compensation est fixée dans les conditions exposées à l'alinéa précédent lorsque la spécialité pharmaceutique fait l'objet d'une prise en charge en application du II du même article L. 162-16-5-2.

III. – Alinéa 19, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions exposées au premier alinéa du présent V

IV. – Alinéa 89

1° Première phrase

Remplacer le mot :

fixent

par le mot :

proposent

2° Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Lorsque l'entreprise commercialisant le produit ou la prestation est liée par une convention conclue avec le Comité économique des produits de santé, cette compensation fait l'objet d'un avenant à cette convention. À défaut, la compensation est fixée par décision des ministres.

V. – Alinéa 90, première phrase

Remplacer les mots :

par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale

par les mots :

dans les conditions exposées au premier alinéa du présent I

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Les modifications apportées à l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale au travers de l'article 42 du présent projet de loi ont notamment pour objet de prévoir que lorsqu'une spécialité pharmaceutique dispose d'une autorisation de mise sur le marché pour au moins l'une de ses indications et qu'une prise en charge de cette spécialité est autorisée en application du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la compensation accordée à l'entreprise exploitant la spécialité pour sa mise à disposition dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée.

L'article 42 crée un article L. 165-1-5 qui prévoit, de la même manière, que les ministres fixent la compensation accordée à l'entreprise commercialisant un produit ou une prestation dans le cadre de l'indication pour laquelle une prise en charge est autorisée en application de cet article.

Le présent amendement vise à garantir que la fixation de la compensation accordée en application des articles susvisés se fasse dans le respect des principes de la politique conventionnelle.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n^{os} 33 rectifié *ter* et 350 ?

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Ces deux amendements visent à répondre aux mêmes préoccupations que celui de la commission. L'amendement n^o 33 rectifié *ter* est toutefois un peu moins complet, dans la mesure où il ne concerne pas les dispositifs médicaux, au contraire de celui de M. Daudigny.

Ayant une préférence pour sa propre rédaction, la commission demande le retrait de ces amendements au profit de son amendement n^o 86 rectifié.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je vais essayer d'être claire,...

M. Martin Lévrier. Comme toujours !

Mme Agnès Buzyn, ministre. ... car on confond ici deux choses.

D'une part, il y a la fixation du prix du médicament après évaluation par la Haute Autorité de santé et octroi d'une AMM, qui fait l'objet d'une négociation conventionnelle avec les laboratoires et les industriels. C'est notre façon de travailler actuelle.

D'autre part, il y a l'ATU, qui est un mécanisme d'accès précoce à des médicaments. Afin d'éviter que la mise à disposition de ceux-ci ne soit freinée par une négociation conventionnelle sur le prix, nécessairement longue, on arrête immédiatement un prix facial. Selon qu'il s'avère, à l'issue de la négociation, que ce prix était trop élevé ou trop faible, on procédera à une récupération financière au bénéfice de l'État ou à un remboursement aux laboratoires. L'ATU représente donc simplement, pour les laboratoires, un enjeu de trésorerie.

Je comprends le sens de ces amendements, et je vois à peu près d'où ils viennent ! (*Exclamations amusées. – M. Yves Daudigny proteste.*)

Aujourd'hui, dans le cadre d'une ATU primaire, ce sont les industriels qui fixent le prix facial initial, charge à l'État, ensuite, de bien négocier pour obtenir un an et demi après, à l'issue des négociations, un remboursement.

Pour des raisons très précises, nous proposons que, pour les ATU secondaires, c'est-à-dire correspondant à des extensions d'indication, ce soit l'État qui fixe le prix.

Dans le domaine de l'immunothérapie, la démarche des industriels a été de commencer par développer les médicaments à destination de niches thérapeutiques, pour des pathologies orphelines. Cette politique a été clairement assumée dans le cas du traitement du mélanome. Les industriels ont donc été conduits à négocier des prix pour des médicaments destinés au traitement de pathologies orphelines touchant un millier de malades par an, avec une très forte amélioration du service médical rendu, d'où un prix facial extrêmement élevé à l'issue de la négociation. Ensuite,

ils travaillent à des extensions d'indication, pour lesquelles le médicament est moins efficace mais qui concernent des milliers de malades, voire des dizaines de milliers. Si nous décidons de continuer à payer le médicament au prix fixé pour l'indication initiale, l'État devra fournir un effort de trésorerie considérable.

Il s'agit donc, pour moi, de protéger les finances publiques. Le ministère fixera, unilatéralement, un prix facial pour les extensions d'indication des ATU. Si, *in fine*, le laboratoire réussit à mieux négocier le prix du médicament, l'État lui remboursera la différence, mais je ne souhaite pas être dépendante d'une indication initiale extrêmement ciblée pour laquelle l'industriel a obtenu un prix excessivement élevé.

J'espère, par ces explications, avoir obtenu l'adhésion de l'ensemble du Sénat. (*Sourires.*) Je demande le retrait de ces amendements. À défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable. (*Mme Patricia Schillinger applaudit.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. Vos explications ont été très claires, madame la ministre, et, pour ma part, je vous rejoins sur le fait que ces trois amendements risquent de vous compliquer la tâche dans les négociations que vous menez avec les industriels. Je soutiens complètement votre appel à ne pas les voter.

Je vous remercie de ne pas avoir caricaturé les propos que j'ai tenus dans ma prise de parole sur l'article. Je parlais des risques de dérive et de l'ouverture du dispositif de l'ATU. Madame la rapporteur, ne soyons pas naïfs quant aux courriels que nous pouvons recevoir de la part de certains lobbys pharmaceutiques ou industriels !

M. Bernard Jomier. Nous en recevons tous les jours !

Mme Laurence Cohen. Il existe tout de même des groupes de pression, et les industriels ne sont pas les derniers à en mettre en place !

Il n'y a pas, dans cette assemblée, d'un côté des parlementaires qui soutiendraient l'innovation, et de l'autre des obscurantistes ! Nous soutenons nous aussi l'innovation, mais nous mettons en garde contre les risques de dérive. C'est pourquoi nous soutenons, très logiquement, la position que vient d'exprimer la ministre. Il faut éviter une dérive des prix. La rédaction du dispositif relève d'un travail très fin, auquel il ne faut pas toucher.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. J'ai bien entendu vos explications très techniques, madame la ministre, et je rejoins vos propos sur la fixation du prix pour la première ATU, mais ce que craignent, à juste titre, les industriels, c'est que l'on supprime progressivement la négociation conventionnelle et que le dispositif de fixation du prix prévu pour les extensions d'indication soit un jour généralisé. En outre, pour les dispositifs médicaux, pour lesquels la problématique est différente de celle du médicament, le système est complexe.

J'ajoute que le Premier ministre a pris des engagements très forts devant le CSIS en faveur de la recherche et de la négociation conventionnelle avec les industriels, affirmant que la France devait redevenir une Nation de pointe dans ce domaine. Des espoirs sont nés, et l'on peut comprendre que la présentation de l'article 42 de ce PLFSS, quelques mois après, suscite de la déception. Le Conseil d'État a

validé cet article, nous dit-on, mais peut-être s'est-il arrêté à la deuxième page... (*Sourires.*) C'est une boutade, je prie les conseillers d'État de bien vouloir m'excuser!

Cela étant dit, je retire l'amendement n° 86 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 86 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Je n'entends pas retirer l'amendement n° 33 rectifié *ter*, car je souhaite que la négociation du prix se déroule dans le cadre habituel.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Je n'ai pas retiré l'amendement de la commission pour émettre un avis favorable sur les deux restant en discussion...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 33 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Je parle avec une totale liberté de ces sujets, après avoir passé beaucoup de temps à essayer de décortiquer les mécanismes de négociation et d'élaboration des prix.

Il existe plusieurs approches de cette question du prix du médicament.

La première, la plus importante, se concentre sur l'apparition de nouveaux médicaments, permettant soit d'allonger très sensiblement la durée de la vie, soit de guérir des maladies qui étaient encore mortelles voilà peu. C'est l'approche des patients, qui veulent pouvoir accéder le plus rapidement possible aux innovations.

La deuxième approche, bien compréhensible, est celle des grands laboratoires mondiaux, mais aussi des biotechs, qui conduisent parfois des programmes de recherches pendant des années sans percevoir aucune recette.

Une troisième approche repose sur le constat – je ne crois pas qu'il puisse être contesté – que la France est, parmi les grandes démocraties modernes, le pays où le médicament est le moins cher. Pour s'en convaincre, il suffit de regarder le montant des remboursements des médicaments de ville par l'assurance maladie : proche de 36 milliards d'euros, il n'a pratiquement pas évolué depuis une dizaine d'années. Il a même légèrement diminué!

Je mentionnerai, enfin, un motif d'inquiétude.

Aujourd'hui, on constate un écart de prix important, pour les médicaments innovants, entre les États-Unis et l'Europe. On pourrait craindre que, par suite des prises de position politiques de certains grands responsables, le prix du médicament en Europe ne se rapproche dangereusement de ce qu'il est aux États-Unis. Cela aurait des conséquences catastrophiques pour le financement de notre assurance maladie.

Je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 350 est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur Daudigny, vous venez de me donner un argument de plus pour protéger l'assurance maladie!

Le gouvernement américain s'est fixé un objectif parfaitement clair : augmenter les prix en Europe pour les faire baisser aux États-Unis! Nous allons donc subir une pression considérable de la part des industriels américains pour que les prix montent chez nous. Raison de plus pour ne pas entrer dans une négociation interminable sur le prix du médicament pour une ATU, tout l'intérêt de celle-ci étant, justement, de permettre aux malades un accès immédiat au médicament! Une négociation pouvant prendre six mois ou un an, l'on perdrait tout le bénéfice de l'ATU.

Il ne saurait donc y avoir, à mon sens, de négociation de prix dans le cadre d'une ATU et je protège la trésorerie de l'assurance maladie en fixant le prix du médicament pour les extensions d'indication. Au regard de la pression qui va s'exercer sur nous, nous avons tout intérêt à maintenir le dispositif proposé au travers de cet article du PLFSS.

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

L'amendement n° 205 rectifié *bis*, présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Pellevat et Frassa, Mme Deromedi, MM. B. Fournier, Sido et Charon, Mme Renaud-Garabedian, MM. Buffet, Laménie et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Lassarade, Bories et Berthet, MM. Poniatowski et Gremillet et Mme Noël, est ainsi libellé :

Alinéas 69 et 70

Rédiger ainsi ces alinéas :

« Art. L. 162-17-2-2. – Les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques relevant ou ayant vocation à relever de l'enregistrement prévu à l'article L. 5121-13 du code de la santé publique sont définies par décret en Conseil d'État, à partir de 2021 et après concertation avec les professionnels de santé concernés en vue de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques.

« Ce décret précise notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation de ces médicaments, par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments homéopathiques peuvent, le cas échéant, être admis ou exclus de la prise en charge par l'assurance maladie. » ;

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Le ministère des solidarités et de la santé a récemment demandé à la Haute Autorité de santé de mener une étude en vue d'évaluer l'efficacité des médicaments homéopathiques.

L'homéopathie fait partie des pratiques courantes de soins de nos compatriotes. Un Français sur deux y a déjà eu recours. L'homéopathie a une véritable place dans la stratégie thérapeutique, et cela ne se limite pas aux maladies bénignes. Elle est notamment utilisée dans des domaines comme le traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil, ou même au titre des soins de support en oncologie. Ainsi, 20 % des patients atteints de cancer l'utilisent pour réduire les effets secondaires des traitements anticancéreux.

On constate, chez les patients pris en charge par un médecin homéopathe, une consommation deux fois moindre d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et trois fois

moindre de psychotropes. C'est également une alternative efficace et très employée à la prescription d'antibiotiques, notamment en pédiatrie.

Dès lors, je demande que l'on m'explique quel serait l'intérêt économique d'un déremboursement des médicaments homéopathiques. Un tel déremboursement poserait, en outre, un problème d'équité, car les plus modestes d'entre nous devraient renoncer à ces soins et revenir à la médecine allopathique traditionnelle, ce qui aurait pour incidence d'accroître le nombre de patients encore à la recherche d'un médecin traitant.

Outre son impact sur cette population, un arrêt arbitraire du remboursement de l'homéopathie serait une injure faite aux médecins homéopathes, qui n'auraient pas eu la possibilité de défendre leur pratique, et aux universités, qui forment ces professionnels depuis de longues années.

Le présent amendement tend donc à préciser que la préparation du décret prévu par l'article 42 devra s'appuyer sur une concertation avec les professionnels de santé concernés et à donner le temps nécessaire pour éviter un déremboursement précipité et mal évalué. À cette fin, nous proposons que le décret soit publié en 2021.

M. le président. L'amendement n° 186 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert et Micouleau, MM. Morisset et Vial, Mmes Gruny et Puissat, MM. Vaspert, D. Laurent, Bouchet et Cardoux, Mme Bruguière, MM. Lefèvre, Mouiller et Magras, Mmes Deromedi, M. Mercier, Garriaud-Maylam et Lassarade, MM. Chaize, Sol et Mandelli, Mme A.M. Bertrand, M. Buffet, Mme Deseyne, MM. del Picchia, Husson et Laménie, Mmes Lherbier, Delmont-Koropoulis, Morhet-Richaud et Berthet, MM. Poniatowski et Dériot et Mme Lamure, est ainsi libellé :

Alinéa 69

Compléter cet alinéa par la phrase :

La définition du décret s'appuie sur la concertation avec les professionnels de santé concernés, en vue de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques.

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Eu égard à l'inscription des préparations homéopathiques à la pharmacopée française depuis 1965, au fait qu'un Français sur deux a déjà eu recours à l'homéopathie et à la faible part de celle-ci dans les dépenses de l'assurance maladie, il apparaît important de ne pas agir dans la précipitation, mais, au contraire, de privilégier la concertation pour la prise de toute décision concernant la prise en charge des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie.

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié, présenté par Mmes Berthet, Imbert, Deseyne, Malet et Lamure, MM. Buffet, Sido, Bonhomme, Brisson et de Nicolaï, Mmes Delmont-Koropoulis et Deromedi, MM. Revet et Paccaud, Mmes Micouleau, Raimond-Pavero et Gruny, MM. Ginesta et Genest, Mme Noël, MM. Chaize et Magras, Mme Lavarde et M. Laménie, est ainsi libellé :

Alinéa 70

Après le mot :

lesquelles

rédigé ainsi la fin de cet alinéa :

la prise en charge par l'assurance maladie de ces médicaments homéopathiques ou tout ou partie d'entre eux, peut, le cas échéant, être admise, modifiée ou refusée. » ;

La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Le remboursement des médicaments homéopathiques représente 0,29 % des remboursements de médicaments par l'assurance maladie et 0,06 % de ses dépenses totales. Ces chiffres sont faibles.

Néanmoins, en cas de déremboursement, les patients ayant recours à l'homéopathie risquent de se détourner de ces médicaments, au bénéfice d'autres, pris en charge par l'assurance maladie et plus coûteux. Cela aura pour effet pervers d'augmenter les dépenses de l'assurance maladie.

Les médicaments homéopathiques sont une alternative thérapeutique aux soins classiques, encadrée par des professionnels de santé. Certains services hospitaliers en prescrivent, par exemple, à des patients exposés au risque iatrogène, pour les grossesses, accouchements, allaitements, ou au titre des soins de support en oncologie.

Les pouvoirs publics doivent être en mesure d'envisager, en attendant les conclusions de la Haute Autorité de santé, l'ensemble des possibilités, à savoir l'admission de ces médicaments à la prise en charge, mais aussi la modification du taux de celle-ci.

M. le président. L'amendement n° 231 rectifié *quater*, présenté par M. Decool, Mme Vullien, MM. Malhuret, Capus, Guerriau, Lagourgue, Daubresse, Pellevat, Courtial et Marie, Mme Noël, MM. Détraigne et Kern, Mme Lopez, MM. Rapin et Fouché, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Laménie et Priou, Mmes de la Provôté et Lherbier, MM. Danesi, del Picchia, Duplomb et Buffet, Mmes Vérien et Berthet et M. Poniatowski, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 400 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 70

Compléter cet alinéa par deux phrases ainsi rédigées :

Ce décret est pris après concertation avec les professionnels de santé concernés, afin de tenir compte des spécificités des traitements homéopathiques. Il est, à ce titre, publié en 2021 afin de laisser le temps à cette concertation de s'organiser et de porter ses fruits.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais.

Mme Nadine Grelet-Certenais. La méthodologie actuelle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ne permettant pas d'évaluer correctement les produits homéopathiques, notamment au vu de leur spécificité, le Gouvernement propose, au travers de l'article 42 du PLFSS, de définir les modalités de cette évaluation par le biais d'un décret. Malheureusement, nous n'avons actuellement aucune visibilité sur ce décret.

Nous savons que, reposant sur un principe d'individualisation, l'homéopathie reste complexe à évaluer. Malgré cela, elle occupe une place entière – non pas alternative, mais complémentaire – dans la stratégie thérapeutique.

Ainsi, sur le plan sanitaire, les patients pris en charge par les médecins homéopathes ont un bénéfice équivalent et des effets indésirables très inférieurs à ceux des autres patients. Leur consommation d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est deux fois moindre, leur consommation de psychotropes trois fois moindre. Le champ d'intervention de l'homéopathie ne se limite pas aux maladies bénignes : elle est utilisée dans des domaines tels que le traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil, les soins de support en oncologie, la prise en charge des pathologies récidivantes.

Sur le plan économique, la prise en charge des médicaments et préparations magistrales homéopathiques ne représente que 0,29 % des remboursements de médicaments supportés par l'assurance maladie et 0,06 % des dépenses totales.

Si l'on mettait fin au remboursement, il y aurait inévitablement un report de prescriptions vers des médicaments plus chers et ayant davantage d'effets indésirables.

Il est indispensable d'agir sereinement et de ne pas se limiter à écouter les oiseaux de mauvais augure. En effet, un Français sur deux a déjà eu recours à l'homéopathie et les traitements homéopathiques sont prescrits par un quart des médecins généralistes et par 78 % des sages-femmes, ou lors de consultations à l'hôpital, par exemple en oncologie. Ils sont disponibles dans la totalité des pharmacies.

Cet amendement vise à prévoir que le décret prévu soit pris après concertation avec les professionnels de santé concernés, notamment pour des raisons de connaissance des diverses spécificités de ces produits. Enfin, cela permettrait de faire reculer le scepticisme de certains adeptes de la médecine allopathique.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Avec l'article 42, on passe des *CAR-T cells* à l'homéopathie dans le même article !

Dans cette discussion sur l'homéopathie, deux sujets sont à distinguer : le renvoi à la concertation et la modulation de la prise en charge des médicaments homéopathiques.

S'agissant du premier point, l'amendement n° 186 rectifié *bis* tend à renvoyer l'élaboration du décret définissant les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques à la concertation avec les professionnels de santé concernés, les amendements n° 205 rectifié *bis* et 400 rectifié reportant en outre l'adoption de ce décret à l'année 2021.

Si je suis favorable à l'inscription dans la loi de la concertation avec les professionnels concernés – mais j'ose espérer que celle-ci aurait lieu de toute façon –, le report de cette réforme à 2021 ne semble pas nécessaire à la commission. Nous formulons donc une demande de retrait des amendements n° 205 rectifié *bis* et 400 rectifié, au bénéfice de l'amendement n° 186 rectifié *bis*, pour lequel l'avis est favorable.

S'agissant du second point, l'amendement n° 237 rectifié tend à prévoir expressément que la décision qui sera prise au terme de l'évaluation scientifique des médicaments homéo-

pathiques par la Haute Autorité de santé pourra donner lieu à une modulation du remboursement par l'assurance maladie, plutôt qu'à un déremboursement.

Cette précision n'est pas nécessaire, ce point étant déjà couvert par la rédaction actuelle. De deux choses l'une : soit les médicaments homéopathiques rendent un service médical suffisant pour être admis au remboursement, soit ce n'est pas le cas ; c'est seulement dans le premier cas de figure que le taux de remboursement actuel pourra être adapté. La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je demande, pour ma part, le retrait de l'ensemble de ces amendements.

Le report de la publication du décret à 2021 n'a pas de justification. Tout a été préparé et annoncé dans des délais conformes, et la Haute Autorité de santé est en train d'élaborer sa méthode d'évaluation.

L'amendement n° 186 rectifié *bis* vise à la prise en compte des spécificités des médicaments homéopathiques. C'est précisément le rôle de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé d'en tenir compte : elle va produire sa méthode d'évaluation, qui ne doit pas trop différer des méthodes d'évaluation des autres médicaments.

La doctrine d'évaluation des médicaments est publiée chaque année par cette commission de la transparence dans son rapport annuel. Sa méthode sera donc rendue publique, étant précisé que la spécificité des médicaments homéopathiques est déjà prise en compte, puisque la commission de la transparence les évaluera de façon générique, étant donné qu'ils ne relèvent pas d'une indication déterminée.

Il faut néanmoins respecter des critères scientifiques, sans quoi on s'écarterait de l'esprit même du remboursement par la solidarité nationale, qui veut que, pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, tous les médicaments soient évalués de la même façon.

Aujourd'hui, je ne sais pas à quoi aboutira cette évaluation, mais je ne souhaite pas la retarder. J'entends que la Haute Autorité de santé soit en responsabilité pleine et entière quant à la définition des modalités d'évaluation.

M. le président. La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour explication de vote.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. J'avais proposé de retenir l'échéance de 2021 en accord avec les représentants des associations des homéopathes de France, afin de laisser le temps à cette concertation de s'organiser en toute sérénité et de porter ses fruits. Bien évidemment, je serai particulièrement attentive à son développement et à ses conclusions, car il serait tout de même regrettable de rayer d'un trait de plume une pratique reconnue.

Je retire l'amendement n° 205 rectifié *bis* au profit de l'amendement n° 186 rectifié *bis*.

M. le président. L'amendement n° 205 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Madame la ministre, je tiens à insister sur la nécessité d'une concertation avec les professionnels de santé concernés. Permettez-moi une petite touche

d'humour : l'article 42 figure dans un chapitre intitulé : « Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé »...

Je retire l'amendement n° 186 rectifié *bis*.

M. le président. L'amendement n° 186 rectifié *bis* est retiré.

Acceptez-vous également de retirer l'amendement n° 237 rectifié, madame Imbert ?

Mme Corinne Imbert. Ma collègue Martine Berthet, qui est à l'origine du dépôt de cet amendement, m'a demandé de le maintenir. Il ne faut pas que cela soit tout ou rien, entre le maintien du remboursement des médicaments homéopathiques ou leur exclusion de la prise en charge par l'assurance maladie. Aujourd'hui, ces médicaments sont remboursés à hauteur de 30 % : ce taux pourrait être diminué.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 237 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Madame Grelet-Certenais, l'amendement n° 400 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadine Grelet-Certenais. Je souhaite le maintenir. L'efficacité de l'homéopathie est reconnue depuis très longtemps, elle ne présente aucun danger et, du fait de son coût moindre par rapport aux médicaments classiques, elle permet à la sécurité sociale de faire des économies en évitant le recours à ces derniers.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 400 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 619, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 90, seconde phrase

Rédiger ainsi cette phrase de cet alinéa :

Le chiffre d'affaires facturé au titre de l'indication est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour ce produit ou cette prestation par la part d'utilisation du produit ou de la prestation dans l'indication considérée.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, tendant à corriger une erreur matérielle.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 619.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 88, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 92

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 6° du II de l'article L. 165-2 est complété par les mots : « , lorsque leur évolution ne correspond pas à celle des besoins en santé » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Si vous le permettez, monsieur le président, je défendrai conjointement l'amendement n° 87.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 87, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, et ainsi libellé :

Après l'alinéa 92

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 165-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un intervalle d'au moins trois années doit être respecté entre deux applications successives du critère mentionné au 3° pour un même produit ou une même prestation. » ;

Veuillez poursuivre, madame la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Les amendements n° 88 et 87 visent à attirer l'attention du Gouvernement sur les difficultés liées à la régulation des dispositifs médicaux. Cette dernière est largement calquée sur la régulation du médicament, alors même que les logiques de protection de ces deux secteurs diffèrent très largement.

Des obligations ont été instaurées l'an passé. Ces mesures de régulation apparaissent particulièrement ambitieuses pour un secteur économique en cours de structuration, qui repose encore principalement sur un réseau de petites entreprises produisant le plus souvent en petite série, avec un gain marginal faible.

Par ailleurs, l'articulation avec la volonté de développer plus largement les prises en charge ambulatoires doit être clarifiée et, à cet égard, nous regrettons l'absence d'accord-cadre entre les entreprises du secteur et le CEPS.

Dans l'attente d'une souhaitable remise à plat de la régulation financière des dispositifs médicaux, ces amendements tendent à modifier la liste des critères pouvant être pris en compte pour décider de la baisse du tarif de responsabilité de certains produits et prestations.

Il s'agit tout d'abord – c'est l'objet de l'amendement n° 87 – de préciser que le critère du prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs doit être apprécié sur trois ans. En effet, selon les professionnels du secteur, l'application de ces dispositions, dans leur rédaction actuelle, c'est-à-dire sans intervalle de temps, est susceptible d'entraîner pour certains dispositifs médicaux une spirale des prix à la baisse.

Il s'agit ensuite – c'est l'objet de l'amendement n° 88 – de prévoir que le critère des volumes de vente prévus ou constatés soit apprécié au regard de l'adéquation de leur évolution aux besoins en santé. La rédaction actuelle emporte une régulation strictement comptable, qui ne tient pas compte des besoins en santé de la population, ni des orientations par ailleurs décidées pour le développement de prises en charge non hospitalières.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements.

La régulation que nous proposons n'a pas pour objet de rationner les soins ! Le raisonnement est le même que pour le médicament : nous pensons pouvoir tenir compte des gains d'efficacité obtenus par les industriels lorsque les volumes

augmentent. Or, je le rappelle, le poste des dépenses relatives aux dispositifs médicaux augmente aujourd'hui de 5 % par an : c'est deux fois plus que l'ONDAM !

Nous souhaitons donc pratiquer une régulation prix-volume, comme nous le faisons pour les médicaments. Sans cet outil de régulation, nous n'aurons aucun moyen de briser la dynamique des dépenses. Le but n'est absolument pas de réduire l'accès des patients à ces dispositifs ; nous cherchons simplement à disposer d'un moyen de pression sur les industriels.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. J'entends bien vos arguments en faveur d'une régulation en raison de l'augmentation des volumes. Toutefois, les prestations ne se régulent pas forcément comme le médicament. Je maintiens mes amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 88.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 87.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 42, modifié.

(L'article 42 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 42

M. le président. L'amendement n° 540, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais et de patients inclus dans ces essais, les lieux, les crédits d'impôt, les bourses et autres financements publics dont les industriels ont bénéficié en lien avec ces activités de recherche et de développement, les éventuels achats de brevets liés au produit de santé, le coût d'opérations d'acquisition ou de spéculation éventuellement liées à l'acquisition de brevets, les coûts de production du produit de santé, ainsi que les coûts de commercialisation et de promotion engagés par les entreprises. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Dans son rapport sur la fixation des prix des médicaments de 2017, la Cour des comptes a critiqué la mise à contribution de l'assurance maladie pour le financement de la politique industrielle des médicaments, alors que les entreprises bénéficient déjà d'une aide des pouvoirs publics au travers de la fixation du prix des médicaments, avec un crédit d'impôt recherche de 6,27 milliards d'euros.

Si les entreprises qui exposent des dépenses de recherche et développement pour mettre au point de nouveaux traitements doivent effectivement intégrer ces coûts dans le prix du médicament, la course à la rentabilité maximale est telle qu'elle s'opère au détriment de l'accès aux soins.

Actuellement, le Comité économique des produits de santé fixe les tarifs dans le cadre d'une convention avec les entreprises du médicament en fonction d'une série de critères, dont l'amélioration du service médical rendu.

Sont également pris en considération les résultats de l'évaluation médico-économique, le prix des médicaments à même visée thérapeutique, les volumes de ventes prévus ou constatés, ainsi que les conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Nous proposons de procéder à une évaluation la plus cohérente possible au regard des investissements effectifs, et de veiller à la soutenabilité du prix fixé pour le système de santé.

Nous suggérons, dans cet esprit, de compléter la liste des critères pour la fixation des prix des médicaments prévue au code de la sécurité sociale et de permettre au Comité économique des produits de santé d'en tenir compte.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Outre que le suivi des critères proposés semble difficile, certains d'entre eux paraissent poser des problèmes de confidentialité en ce qu'ils relèvent des stratégies d'entreprise. La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice Laurence Cohen, cet amendement part d'un bon sentiment et est issu d'un constat que nous partageons : la dépense publique participe au développement de toute recherche médicale qui aboutit à un médicament ; la Cour des comptes a raison.

Cependant, votre amendement est inopérant en pratique, car il est quasiment impossible de définir quelle est la part, dans un progrès de la recherche fondamentale, par exemple la découverte d'un gène ou de l'une de ses fonctions, de chacune des équipes de tous les pays du monde qui participent à l'amélioration de la connaissance d'une maladie ou d'un symptôme. Ce serait tout à fait impraticable.

En outre, l'adoption de votre amendement risquerait d'envoyer message contre-productif. En effet, nous avons besoin de valoriser au mieux la recherche française et européenne, par exemple lorsque des brevets sont vendus à l'industrie pharmaceutique. Or vous voulez faire dépendre le prix des médicaments de l'investissement public : le risque est que l'on en arrive à acheter non plus nos brevets, mais des produits provenant d'autres pays du monde. Au final, il n'y aurait plus d'intérêt à financer la recherche publique.

Je pense donc que c'est un mauvais amendement, même s'il est vrai que la recherche publique contribue à la formation du prix des médicaments. Toutefois, ce prix est lié à d'autres critères d'évaluation, à commencer par l'intérêt thérapeutique pour le patient. On ne peut pas utiliser le critère du prix pour modifier des politiques publiques qui sont d'un autre ordre.

Pour ces raisons, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 540 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je veux bien entendre que notre amendement n'est pas forcément très bien formulé, mais il aura au moins permis d'aborder une question importante. Cette discussion était encore un peu plus notre proposition de créer un pôle public du médicament.

Je retire cet amendement mal ficelé, mais il faudra bien un jour réussir à lever le blocage qui empêche la création d'un pôle public du médicament.

M. le président. L'amendement n° 540 est retiré.

L'amendement n° 542, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le II, il est inséré un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Le prix de vente est révisé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé :

« 1° Au plus tard au bout de cinq ans pour les médicaments ayant demandé et obtenu une amélioration du service médical rendu de niveau I à III et recueilli un avis médico-économique de la commission évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé ; pour les médicaments auxquels a été reconnue une amélioration du service médical rendu par rapport à des médicaments ayant obtenu récemment une amélioration du service médical rendu de niveau I à III et pour lesquels un avis médico-économique de la commission évaluation économique et de santé publique de la Haute Autorité de santé est disponible et s'il ressort de l'avis de la commission de la transparence que cette évaluation est plus favorable que celle qui leur aurait valu un partage d'amélioration du service médical rendu par rapport à ces comparateurs ; pour les médicaments antibiotiques à base d'une nouvelle substance active ayant obtenu une amélioration du service médical rendu IV ;

« 2° Au plus tard au bout de trois ans pour les autres ;

« 3° En cas d'extension d'indication thérapeutique ayant un effet sur le nombre de patients ou le volume des ventes. » ;

2° Le III est complété par les mots : « et le nombre de patients ou volume des ventes donnant lieu à une révision de prix ».

La parole est à M. Fabien Gay.

M. Fabien Gay. Cet amendement vise à déterminer par la loi les conditions du déclenchement de la révision des prix des médicaments, conformément aux recommandations de la Cour des comptes

Dans son rapport de 2011, puis dans celui de 2017, relatifs à la sécurité sociale, la Cour des comptes alerte sur la faiblesse du cadre juridique de la révision des prix des médicaments. Elle déplore en effet que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ait précisé les critères de fixation des prix révisés, mais pas les cas de déclenchement de ladite révision.

Nous proposons donc de clarifier le dispositif afin de combler ce vide juridique et de suivre ainsi les recommandations de la Cour des comptes, qui considère d'ailleurs que cette mesure permettrait à la sécurité sociale d'économiser des sommes considérables. Par exemple, en 2015, les économies liées aux baisses des prix des médicaments ont atteint 800 millions d'euros. On peut imaginer que ces économies seraient encore plus importantes avec des dispositions légales plus précises.

Pour ces raisons, nous vous présentons cet amendement, qui prévoit trois cas dans lesquels le prix du médicament serait automatiquement révisé : à l'issue des cinq années de garantie de prix européen pour les médicaments les plus innovants ; à l'échéance de trois ans pour les autres médicaments ; en cas d'extension d'indication thérapeutique d'un médicament.

Adopter cette mesure permettrait à la sécurité sociale d'économiser des sommes importantes et d'offrir un meilleur accès aux médicaments. Plus le temps passe, et plus cela apparaît nécessaire, en raison du rythme de plus en plus rapide du progrès médical. En effet, les prix des traitements hautement innovants sont souvent très élevés. Si de tels prix peuvent éventuellement être justifiés, dans un premier temps, par la nécessité de couvrir les frais engagés pour l'élaboration de ces traitements, il est nécessaire ensuite d'intervenir très rapidement, afin de diminuer le coût de ceux-ci et de les rendre accessibles à tous.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. L'idée d'une révision périodique du prix des différents produits de santé est intéressante. La Cour des comptes avait d'ailleurs pointé, dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2011, la faiblesse du cadre juridique de révision des prix des médicaments. Elle a cependant ensuite considéré que la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 a comblé une faille majeure du dispositif légal de fixation des prix en donnant un fondement législatif, à l'article que vous souhaitez modifier, aux critères jusque-là utilisés par le CEPS pour déterminer le niveau du prix du médicament dans le cadre d'une procédure de révision.

Dans la mesure où cet outil juridique est tout récent, il ne nous apparaît pas opportun de le modifier immédiatement en ajoutant des conditions d'application contraignantes. C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable pour trois raisons.

D'abord, les critères de fixation des prix ont été révisés en 2017, et ils nous semblent pour l'heure suffisants. Ils permettent au CEPS de réviser les prix périodiquement, comme vous le souhaitez. En outre, le CEPS réévalue systématiquement avec l'industriel le prix d'un médicament lors d'une extension d'indication ; lorsque les volumes augmentent, le CEPS procède à des baisses de prix.

Par ailleurs, le ministre fixe chaque année un objectif d'économies sur le prix des médicaments au président du CEPS, lequel doit mettre en œuvre une politique ambitieuse de révision des prix. Cette année, nous lui demandons ainsi de réaliser 1 milliard d'euros d'économies.

Fixer des délais maximaux pourrait avoir un effet contre-productif: le prix des médicaments serait en théorie révisé plus fréquemment, mais les industriels demanderaient d'attendre cinq ans pour procéder à cette révision.

Enfin, la Haute Autorité de santé, je le rappelle, réévalue les médicaments tous les cinq ans. Le CEPS peut alors revoir le prix sur la base de l'évaluation de la HAS si elle est assortie d'une nouvelle qualification du service médical rendu.

Par conséquent, le dispositif nous semble déjà extrêmement bien bordé. Fixer un critère supplémentaire dans la loi nous paraîtrait risqué.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 542.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 167 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mme L. Darcos, M. Morisset, Mmes Chain-Larché, Thomas, Garriaud-Maylam, Deromedi et Bonfanti-Dossat, MM. Bazin, Vaspert, Bouloux, Grosdidier, B. Fournier et Milon, Mme Bruguière, MM. Pellevat, Bascher et Calvet, Mmes Billon et A. M. Bertrand, MM. Kern et Hugonet, Mme Gruny, M. Karoutchi, Mme Deroche, MM. Canevet et Gilles, Mme Guidez, MM. Lefèvre, Cambon, Mayet, de Nicolaÿ, Decool, Brisson, Wattebled et Laménie, Mme Raimond-Pavero, M. Husson, Mme Lherbier, M. Priou, Mme Boulay-Espéronnier, MM. Genest, Darnaud et Gremillet, Mme Duranton et MM. Sido et Segouin, est ainsi libellé :

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « quand il est constaté des dépenses d'assurance maladie qui ne seraient pas justifiées au regard de la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions ».

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. La régulation des dépenses de santé est un enjeu majeur, qui doit être corrélé aux ambitions sous-tendant la stratégie nationale de santé et le plan Ma santé 2022, qui visent notamment à garantir et à promouvoir la pertinence des soins.

En conséquence, c'est au regard de ce critère que doit être apprécié le bien-fondé des dépenses de santé, et non sur la base de mécanismes de baisse uniquement comptables des dépenses, sans lien avec les besoins médicaux et la pertinence de soins.

Il convient donc d'introduire ce critère de pertinence des soins, afin de garantir que la maîtrise des dépenses se fera bien en cohérence avec cette exigence.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. L'objet de cet amendement reprend en partie celui de mon amendement n° 88 concernant les dispositifs médicaux.

Je suis, par ailleurs, d'accord avec M. Mouiller sur le fait que le mode de régulation des dépenses de produits de santé est à revoir, en raison principalement de sa trop grande complexité. Selon nous, cette régulation doit prioritairement passer par la voie conventionnelle.

Une refonte de l'accord-cadre entre le CEPS et les entreprises du médicament et la mise en place d'un accord-cadre pour les dispositifs médicaux doivent intervenir prochainement : nous verrons ce qu'il en sortira.

Dans cette attente, je propose de ne pas davantage complexifier le régime. En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement est tout à fait d'accord avec l'objectif de prise en compte de la pertinence des actes et des prescriptions des auteurs de cet amendement. Selon nous, la régulation prix-volume est toutefois indispensable, compte tenu des gains d'efficacité réalisés par les industriels lorsque les volumes augmentent. L'outil de régulation inscrit à cet article permet de donner de la lisibilité aux acteurs du secteur, pour qu'ils puissent anticiper des baisses de prix et adapter leur comportement. Cet objectif important a été réaffirmé par le CSIS.

L'adoption du présent amendement, beaucoup trop restrictif, ne permettrait plus de prendre en compte tous les aspects de la régulation. Le Gouvernement en sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Mouiller, l'amendement n° 167 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller. J'entends votre remarque, madame la rapporteur, mais le dispositif de notre amendement est beaucoup plus global. Je déplore l'avis défavorable de la commission.

De la même façon, madame la ministre, la notion de pertinence des soins n'est pas toujours prise en compte dans les analyses. J'en veux pour preuve les orientations budgétaires concernant certaines prestations : aujourd'hui, les objectifs fixés aux prestataires portent uniquement sur la diminution des coûts, et absolument pas sur la qualité et la pertinence des soins.

J'observe donc un décalage entre le discours que vous tenez devant nous, madame la ministre, et la réalité des textes présentés. Je pense que l'adoption de cet amendement vous aurait obligée à répondre plus concrètement à cette préoccupation. Cela étant, je le retire, malgré ma déception, qui sera sans doute partagée par un certain nombre de professionnels.

M. le président. L'amendement n° 167 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 628, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 42

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-12-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-12-1-1. – I. – En dehors des situations mentionnées aux articles L. 5121-8, L. 5121-9-1 et L. 5121-12 du présent code, un médicament peut, à

titre exceptionnel et de manière temporaire et nominative, être mis à disposition à un stade précoce de développement pour des patients incurables demandeurs, dès l'issue de la phase I des essais cliniques, dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, non investigatoire et ne se substituant pas aux essais cliniques, et au terme d'une procédure déclarative, dès lors que les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Différer le traitement exposerait le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes ;

« 2° Il n'existe pas, pour la pathologie dont souffre le patient, d'alternative thérapeutique appropriée et le patient n'est pas susceptible d'être inclus dans un essai clinique, notamment pour des raisons géographiques, de calendrier de l'essai ou de non-satisfaction des critères d'inclusion.

« II. – Les sociétés estimant pouvoir mettre à disposition une molécule dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée s'identifient préalablement, ainsi que leur produit, dans un registre public tenu par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code. Cette inscription ne vaut pas engagement de la société concernée à fournir son produit dans le cadre de cette utilisation mais seulement à accepter de recevoir et d'examiner des demandes en ce sens. La société concernée peut se désinscrire à tout moment.

« L'identification, à travers ce registre, des molécules susceptibles de faire l'objet d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée permet d'assurer également une information de tous sur les traitements potentiellement disponibles.

« Les conditions d'élaboration de ce registre et les données renseignées sont précisées par décret.

« III. – L'utilisation du médicament dans le cadre d'une utilisation testimoniale éclairée et surveillée est placée sous le contrôle d'une personne responsable, résidant en France et rattachée à l'opérateur titulaire des droits sur le médicament, réunissant les compétences médicales et pharmaceutiques appropriées.

« IV. – Le patient demandeur, assisté de son médecin prescripteur, soumet au titulaire des droits sur le médicament une demande de communication d'information des données portant sur le médicament. Le titulaire des droits peut, sans motif, s'y opposer. Dans le cas contraire, il sollicite expressément un comité indépendant, institué dans des conditions déterminées par décret. Le comité fournit au patient volontaire et à son médecin la preuve de l'existence d'éléments scientifiques, pré-cliniques ou cliniques, démontrant le potentiel intérêt thérapeutique chez l'homme et permettant de présumer sa sécurité.

« Le patient demandeur ou, en cas d'incapacité, son représentant légal, est assisté par son médecin pour prendre la pleine mesure de ces informations, le cas échéant à l'aide de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du présent code. Le patient demandeur ou, en cas d'incapacité, son représentant légal, prend une pleine connaissance du risque thérapeutique potentiellement associé à l'utilisation du médicament.

« Le patient demandeur, assisté de son médecin traitant, après avoir reçu les éléments sollicités mentionnés au premier alinéa du présent IV, dans les conditions prévues au paragraphe précédent, soumet une demande pour une utilisation testimoniale éclairée et surveillée auprès du titulaire des droits sur le médicament. Il exprime de manière expresse assumer entièrement le risque dont il a pris connaissance et décharger tous les tiers de toute responsabilité liée à cette décision.

« Le titulaire des droits transmet sans délai cette demande à la personne responsable mentionnée au III.

« La personne responsable mentionnée au III ou la société titulaire des droits peut, au regard de sa connaissance intime de la molécule, s'opposer, sans avoir à motiver sa décision, à la demande d'utilisation testimoniale. En l'absence de réponse de la société titulaire des droits dans le mois à compter de la réception de la demande, celle-ci est réputée refusée.

« V. – En cas d'acceptation par la société titulaire des droits, l'utilisation du médicament fait l'objet, dans des conditions précisées par décret, d'une déclaration préalable auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code, adressée par le patient et visée par son médecin prescripteur.

« L'utilisation du médicament fait l'objet d'une surveillance médicale étroite dans des conditions définies par l'opérateur titulaire des droits sur le médicament et validées par le comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV.

« VI. – L'utilisation du médicament est possible pour une durée limitée, éventuellement renouvelable sur demande du patient, assisté de son médecin prescripteur, dans les mêmes conditions que la demande initiale.

« La durée d'utilisation du traitement ne peut excéder celle autorisée par les essais pré-cliniques de toxicité de long terme déjà effectués sur le produit. Elle peut être, le cas échéant, réévaluée à l'aune des données collectées sur la molécule.

« Le patient, assisté de son médecin, peut à tout moment et sous sa seule responsabilité interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.

« La personne responsable mentionnée au III ou la société titulaire des droits peut également, dans des conditions définies par décret, interrompre l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée.

« VII. – L'opérateur titulaire des droits sur le médicament dépose chaque année auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et du comité indépendant mentionné au premier alinéa du IV un bilan de l'état d'avancement du développement de son médicament et des données collectées à partir de patients ayant reçu le produit de manière testimoniale, dans des conditions définies par décret.

« L'ensemble des données attachées à la molécule sous utilisation testimoniale éclairée et surveillée, données existantes en amont de cette utilisation ou issues de cette utilisation, restent la propriété pleine, entière et exclusive du titulaire des droits sur le médicament.

« Dans des conditions définies par décret, l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code peut interdire l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament si les conditions prévues pour une telle utilisation ne sont pas remplies ou pour des motifs de santé publique.

« VIII. – L'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament cesse de produire ses effets dès lors que le médicament obtient, dans l'indication concernée, soit une autorisation de mise sur le marché, soit une autorisation temporaire d'utilisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du présent code. Il peut également y être mis fin à tout moment, soit par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code, soit par la société titulaire des droits, notamment en cas d'impossibilité matérielle de fourniture ou de remise en cause du bénéfice prévisible du médicament au regard des informations disponibles.

« IX. – Un décret précise les conditions dans lesquelles est assurée la protection des données personnelles dont le traitement est rendu nécessaire dans le cadre de l'application du présent article. »

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement quelque peu complexe avait déjà été présenté par René-Paul Savary l'an dernier, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il méritait réflexion, lui avait-on alors répondu. Dans notre rapport sur l'accès précoce aux médicaments, nous avons aussi évoqué l'introduction d'un nouveau mode d'accès aux médicaments, à côté de l'autorisation de mise sur le marché et de l'autorisation temporaire d'utilisation : l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament, l'UTES.

Le passage d'une molécule innovante des premiers essais cliniques à la commercialisation nécessite couramment un délai de dix ans, qui peut s'étendre à plus de quinze ans, notamment dans le traitement des troubles neurodégénératifs, dont l'évolution est très lente.

Ces lenteurs induisent des pertes de chances pour les patients et mettent en danger des sociétés de biotechnologies innovantes, qui se retrouvent à court de financements, et ce même après l'obtention de résultats prometteurs.

La mise à disposition de médicaments contenant certaines molécules ayant démontré leur potentiel thérapeutique se trouve freinée par le cadre juridique actuel applicable aux demandes d'autorisation de mise sur le marché, mais également aux demandes d'ATU, au-delà des incontournables difficultés associées à la prise en charge par l'assurance maladie de ces modes d'accès aux médicaments.

Si certaines autorisations temporaires d'utilisation peuvent être octroyées à un stade assez précoce de développement, elles sont, par définition, subordonnées à une autorisation délivrée par l'autorité compétente sur la base de la démonstration tant de la sécurité que de l'efficacité d'emploi du médicament concerné.

Or certains patients faisant face à une maladie incurable souhaitent pouvoir bénéficier de ces médicaments innovants en prenant, de manière éclairée, et donc en toute connaissance de cause, le risque thérapeutique associé à leur utilisation. Ce droit à la recherche de leur survie doit leur être reconnu et garanti.

L'introduction de ce dispositif, qui serait un nouveau mode légal d'accès aux médicaments, au côté de l'AMM et de l'ATU, permettrait de réduire dans des proportions considérables les délais imposés aujourd'hui, de fait, par les procédures existantes. L'UTES semble particulièrement adaptée, notamment dans le domaine du traitement des troubles neurodégénératifs, non seulement parce que les essais cliniques y sont les plus longs, à cause de l'évolution très lente des neurodégénérescences, mais également parce que les médications neuroprotectrices présentent par nature un profil de sécurité encourageant.

Le financement de cette voie d'accès nouvelle serait en partie assuré par un fonds de solidarité constitué par une participation des laboratoires ayant recours au dispositif de l'UTES.

Un tel dispositif a été mis en place aux États-Unis. Il peut certes paraître un peu complexe. Néanmoins, nous avons souhaité le représenter cette année ; il a été retravaillé depuis l'année dernière et la présentation de notre rapport.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; sinon, l'avis sera défavorable.

D'abord, il faut sécuriser l'accès aux médicaments à des stades très précoces dans le cadre des essais cliniques ou de l'ATU. Aujourd'hui, les phases 1 concernent entre dix et trente patients. À ce stade, on ne connaît absolument pas le profil de sécurité des médicaments. C'est pourquoi je ne suis pas favorable à un élargissement de l'accès aux médicaments après la phase 1. Les médicaments très innovants et très puissants, notamment en cancérologie, obtiennent leur AMM dès la phase 2. En outre, le mécanisme des ATU nominatives permet à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'ANSM, pour des cas compassionnels, d'ouvrir l'accès à ces médicaments sous une forme plus sécurisée.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, pour explication de vote.

M. René-Paul Savary. Madame la ministre, nous avons déjà eu cette discussion l'an dernier. Vous m'aviez alors fait passer un petit mot, sur lequel il était écrit : « Monsieur Savary, voulez-vous me faire aller en prison ? » (*Mme la ministre rit.*) Depuis, nous avons retravaillé le dispositif avec des membres de votre cabinet, et l'amendement est maintenant nettement plus précis. Il vise plutôt les troubles neurodégénératifs, dont le diagnostic est très long à poser. La recherche avance difficilement, car elle est menée par des biotechs qui ont du mal à tenir sur le plan financier. Le malade dont la survie à court terme est en jeu s'adresse, en désespoir de cause, à une biotech susceptible de lui procurer une molécule qui ne présente pas les garanties de sûreté offertes dans le cadre d'une ATU, où c'est, à l'inverse, la biotech qui propose à des malades de participer à un essai clinique. L'UTES concerne donc des malades qui ne peuvent attendre l'essai clinique. C'est un dispositif tout à fait particulier.

L'ATU répond à une logique compassionnelle, notamment dans le cas des ATU nominatives, et de gratuité. Les malades sont sollicités pour participer à des essais aux fins de recherche, dans l'esprit de la convention d'Oviedo.

Dans le cas de l'UTES, en revanche, c'est le patient, accompagné de son médecin, qui demande au laboratoire, dans un but de survie et en toute connaissance de cause, de lui délivrer un médicament dont la sûreté n'est pas garantie.

Il en assume la responsabilité juridique: ni la biotech ni le ministère ni les autorités ne sont directement impliqués à cet égard. La logique est ici testimoniale et payante. Dans un souci d'égalité, un mécanisme de solidarité est prévu.

Il faut poursuivre dans cette voie, sinon nous prendrons du retard dans la recherche en matière de traitement des troubles neurodégénératifs.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. René-Paul Savary et moi-même avons travaillé ensemble sur ce sujet l'année dernière. Il s'agit d'une approche très américanisée, complètement différente de l'approche européenne ou française. Aux États-Unis, on appelle cela le « droit d'essayer ». Pour amoindrir un peu le choc de cette proposition auprès de nos collègues, j'indique que ce dispositif s'adresse à des patients souffrant de maladies neurodégénératives pour lesquels tout a été essayé et qui n'ont plus que ce seul hypothétique recours. De surcroît, une déclaration de volontariat du patient est requise.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 628.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 42.

Article 42 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications.

M. le président. L'amendement n° 89, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet article, qui a été inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'ouverture des ATU aux extensions d'indication dans les deux années suivant la promulgation de la loi.

Le sujet du rapport proposé ne manque pas d'intérêt, car le suivi des extensions d'indication prises en charge dans le cadre des ATU devra faire l'objet d'une attention particulière.

Pour autant, suivant sa position habituelle sur les demandes de rapport, la commission des affaires sociales propose la suppression de cet article, d'autant qu'une telle analyse a toute sa place dans le rapport annuel du Comité économique des produits de santé.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 89.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 42 bis est supprimé.

Article 43

① I. – Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

② 1° Le 5° de l'article L. 5121-1 est complété par des *c* et *d* ainsi rédigés :

③ « *c*) Spécialité hybride d'une spécialité de référence, une spécialité qui ne répond pas à la définition d'une spécialité générique parce qu'elle comporte par rapport à la spécialité de référence des différences relatives aux indications thérapeutiques, au dosage, à la forme pharmaceutique ou à la voie d'administration, ou lorsque la bioéquivalence par rapport à cette spécialité de référence n'a pu être démontrée par des études de biodisponibilité. L'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité hybride repose au moins pour partie sur les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés déterminés en fonction de ces différences ;

④ « *d*) Groupe hybride, le regroupement d'une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides ; »

⑤ 2° L'article L. 5121-10 est ainsi modifié :

⑥ *a*) À la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

⑦ *b*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

⑧ « Pour les spécialités hybrides, il est créé un registre des groupes hybrides comportant les groupes dans lesquels sont regroupés une spécialité de référence et des spécialités qui en sont hybrides. Sont fixées par décret en Conseil d'État les conditions d'élaboration de ce registre, notamment les modalités d'inscription des spécialités dans les groupes hybrides correspondants ou de radiation des spécialités de ces groupes par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des classes de médicaments pouvant faire l'objet de groupes inscrits sur ce registre. » ;

⑨ 3° L'article L. 5125-23 est ainsi modifié :

⑩ *a*) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

⑪ *a bis*) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;

⑫ *b*) Au même deuxième alinéa, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou hybride » ;

⑬ *c*) Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

⑭ « Par dérogation au I, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique ou du même groupe hybride, à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, précise les situations médicales dans lesquelles cette exclusion peut être justifiée, notamment sur l'ordonnance, ainsi que, le cas échéant, les modalités de présentation de cette justification par le prescripteur. Pour les spécialités figurant sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième

- alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, cette substitution s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 162-16 du même code.
- 15 « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les situations médicales dans lesquelles la substitution peut être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe hybride. » ;
- 16 d) Au quatrième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « III. – » et, après le mot : « générique », sont insérés les mots : « ou du même groupe hybride » ;
- 17 e) Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- 18 4° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2, les mots : « ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif » sont supprimés ;
- 19 5° L'article L. 5125-23-4 est abrogé.
- 20 II. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 21 1° L'article L. 162-16 est ainsi modifié :
- 22 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 23 a bis) Au début du deuxième alinéa, est ajoutée la mention : « II. – » ;
- 24 b) Au troisième alinéa, la référence : « cinquième alinéa » est remplacée par la référence : « III » ;
- 25 c) Le quatrième alinéa est remplacé par des III et IV ainsi rédigés :
- 26 « III. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré de la spécialité délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application des dispositions du 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné, lorsque le pharmacien délivre une spécialité :
- 27 « 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe générique ou hybride mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique,
- 28 « 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe générique ou hybride.
- 29 « Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.
- 30 « Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides appartenant au groupe générique ou hybride concerné.
- 31 « Pour l'application du présent III, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 sont prises en compte.
- 32 « IV. – Le III, à l'exception de l'avant-dernier alinéa, n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, ou lorsque la délivrance par substitution d'une spécialité hybride n'est pas admise en application du dernier alinéa du II. » ;
- 33 d) Au cinquième alinéa, au début, est ajoutée la mention : « V. – » et la référence : « du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 », la référence : « ou de l'article L. 5125-23-4 » et les mots : « de la spécialité générique ou » sont supprimés ;
- 34 e) Le sixième alinéa est ainsi modifié :
- 35 – au début, est ajoutée la mention : « VI. – » ;
- 36 – à la première phrase, les deux occurrences des références : « cinquième et sixième alinéas » sont remplacées par les références : « III et V » ;
- 37 – au second alinéa, les mots : « , de la santé, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la santé » ;
- 38 f) Au début du huitième alinéa, est ajoutée la mention : « VII. – » ;
- 39 2° L'article L. 162-16-7 est ainsi modifié :
- 40 a) À la seconde phrase du troisième alinéa, les mots : « y compris » sont remplacés par le mot : « dans » ;
- 41 b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- 42 3° Après l'article L. 162-22-7-3, il est inséré un article L. 162-22-7-4 ainsi rédigé :
- 43 « Art. L. 162-22-7-4. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.
- 44 « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »
- 45 III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnées à l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.
- 46 III bis (nouveau). – La mention expresse mentionnée au deuxième alinéa du II de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est portée sur l'ordonnance sous forme exclusivement manuscrite, jusqu'à l'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné au même deuxième alinéa.
- 47 IV. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception du 1° du II et des dispositions relatives aux médicaments hybrides qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, sur l'article.

Mme Colette Mélot. Si nous sommes conscients de l'importance de développer le recours aux médicaments génériques pour alléger les comptes de la sécurité sociale, cela ne saurait s'accomplir au détriment de la santé de nos concitoyens.

Or cet article crée une nouvelle catégorie de médicaments, les hybrides, que le pharmacien pourra substituer aux médicaments originaux. Les médicaments hybrides, à peine connus du grand public, sont fabriqués à partir des mêmes principes actifs que le médicament principal, mais selon des posologies, sous des formes ou pour des indications complètement différentes.

Nous ne disposons pas du recul nécessaire et de garanties sanitaires suffisantes pour généraliser l'usage de ces nouveaux médicaments. Le groupe Les Indépendants – République et Territoires est donc fermement opposé à cette mesure. Nous invitons le Gouvernement à la plus grande prudence, dans l'intérêt de tous. Nous considérons également que le médecin doit rester maître de la décision de remplacer ou non un médicament par un générique et, à plus forte raison, par un hybride. Par ailleurs, demander au médecin de justifier son opposition à toute substitution par le pharmacien serait contraire au secret médical.

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

L'amendement n° 90 rectifié, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 2 à 12

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

III. – Alinéas 26 et 30

Supprimer les mots :

ou hybrides

IV. – Alinéa 26, 27, 28 et 30

Supprimer les mots :

ou hybride

V. – Alinéa 32

Après le mot :

publique

supprimer la fin de cet alinéa.

VI. – Alinéa 47

Après l'année :

2019

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement tend à suspendre l'adoption des dispositions relatives aux médicaments hybrides, dans la mesure où leur mise en œuvre semblerait prématurée.

La notion de médicament hybride est en effet largement absente du débat public et n'a pas fait l'objet de travaux ni de conclusions particulières dans le cadre du dernier CSIS.

Nous souhaiterions qu'un débat parlementaire éclairé sur cette question puisse se tenir. Cela nécessiterait que soient étudiées de manière plus approfondie ses implications en termes de santé publique, de coût, de transposition du droit communautaire ou encore d'évolution du tissu industriel.

Ces observations ne remettent pas en cause l'encadrement du recours à ces médicaments proposé au travers de l'article 43, qui paraît à première vue garantir une sécurisation adéquate de leur utilisation, ni l'intérêt de santé publique associé à leur diffusion.

Toutefois, nous aimerions pouvoir disposer de davantage d'informations et d'études d'impact sur ces produits de santé, qui sont encore trop souvent mal connus, d'autant que les difficultés de diffusion des médicaments génériques en France sont en partie liées à la méfiance.

M. le président. L'amendement n° 223 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, Fouché, A. Marc et Lagourgue, Mme Mélot, MM. Bonhomme, Louault, Huré et Magras, Mme Malet, M. Nougéin, Mmes Lopez et Thomas et MM. L. Hervé, del Picchia, H. Leroy et Gabouty, est ainsi libellé :

Alinéa 8, première phrase

Après les mots :

groupes hybrides,

insérer les mots :

à l'exception des médicaments administrés par voie inhalée à l'aide d'un dispositif,

La parole est à Mme Colette Mélot.

Mme Colette Mélot. Cet amendement vise à exclure les spécialités administrées par voie inhalée des groupes hybrides pouvant faire l'objet d'une substitution.

L'interchangeabilité des produits inhalés pose encore de nombreuses questions en matière de sécurité sanitaire, notamment liées à la nécessité d'une éducation thérapeutique des patients, compte tenu de la variabilité des mécanismes d'utilisation par voie inhalée.

L'adoption de cet amendement permettra en outre de se conformer aux objectifs de maintien des investissements sur le territoire français fixés par le Gouvernement et entérinés dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé.

M. le président. L'amendement n° 543, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéas 22 à 33

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Fabien Gay.

M. Fabien Gay. Cet amendement a pour objet de supprimer les alinéas 22 à 33 de cet article, qui introduisent la possibilité de limiter les remboursements de médicaments au tarif en vigueur pour les médicaments génériques ou hybrides.

Autrement dit, ces dispositions limitent le remboursement des médicaments princeps. Présentées comme une incitation à consommer prioritairement des médicaments génériques, elles constituent en réalité une sanction contre les patients. Nous rappelons que ceux-ci disposent d'une liberté de choix thérapeutique, qui doit leur permettre de choisir non seule-

ment les actes qu'ils subissent, mais également les traitements qui leur sont administrés. La réduction des remboursements pour les traitements princeps vient porter atteinte à cette liberté.

Certes, cette disposition n'interdit pas explicitement le recours aux médicaments princeps, et une personne qui ne souhaite pas avoir recours aux génériques pourra toujours acheter le médicament de son choix en pharmacie. Mais ce dispositif vient limiter la liberté de choix des usagers du service public de la santé les moins aisés.

M. le président. L'amendement n° 618, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Après les mots :

par l'assuré

insérer les mots :

au titre

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 206 rectifié est présenté par Mme Delmont-Koropoulis, MM. Bonhomme, Pellevat, Karoutchi et Frassa, Mme Deromedi, MM. Houpert, Sido, Babary, Charon, Laménié et Longuet, Mme Lherbier, M. Danesi, Mmes Lassarade et Berthet, M. Poniatowski et Mme Renaud-Garabedian.

L'amendement n° 222 rectifié *bis* est présenté par MM. Chasseing, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, A. Marc et Lagourgue, Mme Mélot, MM. Louault, Huré et Magras, Mme Malet, M. Nougéin, Mmes Lopez et Thomas, MM. L. Hervé, del Picchia et H. Leroy et Mme Perrot.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 47

Remplacer la date :

1^{er} janvier 2020

par la date :

1^{er} janvier 2021

La parole est à Mme Annie Delmont-Koropoulis, pour défendre l'amendement n° 206 rectifié.

Mme Annie Delmont-Koropoulis. Cet amendement est quasiment identique à celui de la commission, mais prévoit un délai supplémentaire d'un an.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour présenter l'amendement n° 222 rectifié *bis*.

Mme Colette Mélot. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Sur l'amendement n° 223 rectifié *bis*, la commission, préférant son amendement n° 90 rectifié, émet un avis défavorable.

L'amendement n° 543 vise à supprimer la prise en charge par l'assuré de la différence de prix entre le princeps et le générique le plus cher. Pour notre part, nous proposons une stratégie concertée entre médecins et pharmaciens pour le développement des génériques. Cette méthode nous paraît de nature à éviter de potentielles difficultés pour les patients. De plus, ces derniers sont protégés dans tous les cas où ils se voient délivrer un princeps en application d'une décision médicale. La commission émet donc un avis défavorable.

Enfin, nous demandons le retrait des amendements n° 206 rectifié et 222 rectifié *bis*, au profit de l'amendement n° 618, présenté par la commission.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, je tiens tout d'abord à vous rassurer au sujet des médicaments hybrides : ils sont bien produits à partir de la même molécule que les médicaments princeps. Simplement, ils apportent des avantages aux patients, qu'il s'agisse de nouvelles formes galéniques – par exemple un sirop en lieu et place d'un comprimé –, d'un nouveau dosage, mieux adapté à la prise en charge des patients, ou d'une nouvelle voie d'administration – par exemple, la voie veineuse au lieu de la voie intramusculaire.

La notion de médicament hybride est fixée par l'autorité sanitaire compétente, à savoir l'ANSM. Pour les médicaments hybrides, les autorités compétentes exigent des essais cliniques plus poussés que pour les médicaments génériques, afin de prouver que l'efficacité est la même.

Toutes les garanties sont donc prévues pour que ces médicaments hybrides soient substituables, et leur diffusion ne présente que des avantages. Le dispositif proposé est très bien encadré. Un arrêté précisera les conditions de substitution médicament par médicament : si un hybride doit échapper à cette mesure, ce sera dans un cadre défini par l'ANSM. Les médicaments inhalés présentent, peut-être, une spécificité : je laisse les autorités compétentes fixer, médicament par médicament, les traitements qui peuvent être substitués.

Quoi qu'il en soit, il nous semble à présent que tous les facteurs de sécurité sont réunis pour favoriser l'usage des hybrides sur le territoire. Voilà pourquoi je propose le retrait de tous ces amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 90 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n° 223 rectifié *bis* et 543 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 618.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n° 206 rectifié et 222 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 91, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 14 et 46

Supprimer ces alinéas.

II. – Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le II de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un accord conventionnel interprofessionnel conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des médecins et des pharmaciens habilités à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions détermine des objectifs de prescription et de délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique ou biologique similaire tel que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement vise tout d'abord à supprimer la restriction du recours par les prescripteurs à la mention « non substituable ». Suscitant l'opposition de l'ensemble des acteurs concernés, cette mesure paraît en effet devoir rester inopérante en pratique, voire contre-productive.

L'obligation de faire figurer sur l'ordonnance la justification médicale de la non-substitution du princeps est ressentie comme une contrainte supplémentaire. Le fait de soumettre l'absence de substitution à une telle justification pourrait d'ailleurs créer des tensions avec les médecins comme avec les pharmaciens.

La commission est favorable au développement des génériques, et elle souhaite la suppression de la mention manuscrite « non substituable ». Toutefois, il ne nous semble pas opportun de demander au médecin de justifier sur l'ordonnance sa demande de non-substitution.

Nous avons évoqué cette question lors de l'audition du directeur de la CNAM : nous préférierions qu'un accord conventionnel interprofessionnel soit conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM, et les organisations représentatives des médecins et des pharmaciens, afin de déterminer des objectifs de prescription et de délivrance des médicaments génériques et biosimilaires. Ainsi, cette réforme fera l'objet d'une véritable concertation entre médecins et pharmaciens.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 250 rectifié est présenté par M. Sol, Mme Vullien, MM. Bascher, Morisset, Daubresse et Pellevat, Mme Goy-Chavent, M. Cardoux, Mme Bruguière, MM. Détraigne, Magras et Calvet, Mmes Deromedi et Malet, M. Babary, Mme Gruny, MM. Brisson et Laménié, Mmes Boulay-Espéronnier, Lherbier et Delmont-Koropoulis et M. Sido.

L'amendement n° 352 rectifié est présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Bignon, Capus, Fouché, Guerriau, Lagourgue et A. Marc et Mme Mélot.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 14

1° Première phrase

Supprimer les mots :

et justifiée

2° Deuxième phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Viviane Malet, pour présenter l'amendement n° 250 rectifié.

Mme Viviane Malet. La suppression de la possibilité, pour le prescripteur, d'apposer la mention « non substituable » sous forme manuscrite sur l'ordonnance est logique à l'heure de la prescription médicale électronique.

Cet amendement vise à supprimer l'obligation de préciser, sur l'ordonnance, la situation médicale qui amène à exclure la substitution. Il s'agit là d'une tâche chronophage pour le médecin. De plus, cette disposition va à l'encontre du nécessaire respect du secret médical entourant la cause de l'utilisation de la mention « non substituable » et elle risquerait d'induire des conflits entre, d'une part, le patient et, de l'autre, le médecin ou le pharmacien. On peut donc craindre qu'elle ne soit inopérante.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour présenter l'amendement n° 352 rectifié.

Mme Colette Mélot. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Ces amendements identiques sont satisfaits par celui de la commission : plutôt que d'imposer la justification de la mention « non substituable », nous préférons prévoir une négociation conventionnelle interprofessionnelle pour définir les rôles respectifs du médecin et du pharmacien en matière de substitution de médicaments.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il s'agit là d'un sujet très important. Comme chacun sait, l'usage des génériques est insuffisamment développé en France au regard de ce que l'on observe chez nos voisins européens : leur taux d'utilisation stagne à environ 8 % dans notre pays. Dans deux cas sur dix, un princeps est délivré alors qu'un générique aurait pu lui être substitué.

Cette situation a un coût considérable pour l'assurance maladie, et nous ignorons pourquoi les patients français se prétendent souvent « allergiques » aux génériques... Chacun sait que l'on ne peut pas être allergique à la totalité des médicaments génériques ! Nous sommes donc bien face à un problème de culture, de pédagogie.

Imposer que l'apposition de la mention « non substituable » sur l'ordonnance soit justifiée, c'est précisément une façon de faire de la pédagogie : il ne s'agit pas d'embêter qui que ce soit. Cela permettra peut-être d'accroître le recours aux génériques.

Pour les patients, les médecins et les pharmaciens, il faut une plus grande transparence. Nous proposons de créer un référentiel établissant les situations où l'apposition de la mention « non substituable » est justifiée médicalement, afin d'éviter les justifications farfelues. Ce référentiel sera établi par l'ANSM et les services du ministère, en concertation avec les professionnels concernés.

Madame la rapporteur, les objectifs de prescription et de délivrance des médicaments génériques relèvent déjà du champ conventionnel, puisque ces médicaments sont concernés par la rémunération sur objectifs de santé publique, la ROSP ; or leur usage ne décolle pas pour autant. Nous devons aller plus vite, plus loin, plus fort pour rejoindre nos voisins européens quant à l'utilisation des génériques. Je demande le retrait de ces amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert, pour explication de vote.

Mme Corinne Imbert. Madame la ministre, vous affirmez que le recours aux génériques reste insuffisant dans notre pays, mais à quoi vous référez-vous ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. À l'Allemagne, par exemple !

Mme Corinne Imbert. Dans le répertoire conventionnel des génériques arrêté au 30 juin 2017, un objectif de substitution de 90 % a été fixé par l'assurance maladie. Dans mon département, le taux de substitution est actuellement de 88,5 %. Tout dépend de ce dont on parle. Peut-être ce répertoire n'est-il pas assez large, mais, sur cette base, il me semble que tout le monde joue le jeu.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice, à l'échelle nationale, le taux de substitution s'élève à 80 %. Nous cherchons à l'augmenter.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 91.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements identiques n°s 250 rectifié et 352 rectifié n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 632, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 20

Supprimer les mots :

chapitre II du

II. – Après l'alinéa 20

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au 4° de l'article L. 161-36-4, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination, monsieur le président.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 632.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 631, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 37

Remplacer les mots :

au second alinéa

par les mots :

à la fin de la seconde phrase

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit également d'un amendement de coordination.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 631.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 92, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 42 à 44

Remplacer ces alinéas par quatre alinéas ainsi rédigés :

3° L'article L. 162-30-2 est ainsi modifié :

a) Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 peuvent bénéficier d'une dotation du fonds mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement. » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du 1°, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des prescriptions et précise, pour chaque indicateur, les modalités de calcul du montant de la dotation par établissement. »

II. – Alinéa 45

Rédiger ainsi cet alinéa :

III. – Les modalités de détermination de la dotation mentionnée à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale peuvent se fonder sur l'analyse des prescriptions effectuées à compter du 1^{er} janvier 2018.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Dans un souci de cohérence et de lisibilité, cet amendement vise à inclure le dispositif d'intéressement des établissements de santé à la pertinence de leurs prescriptions, prévu à l'article 43, dans les dispositions du code de la sécurité sociale encadrant les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, les CAQES.

Ces contrats visent le même objectif d'amélioration de la pertinence du recours aux produits de santé. Il convient de ne pas compliquer la tâche des établissements hospitaliers : aussi ne paraît-il pas opportun de multiplier les outils d'orientation de la pertinence des soins.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ce dispositif, que nous avons conçu à la demande des établissements, est plus intéressant que les CAQES : ils perdraient donc à sa suppression. Voilà pourquoi nous demandons le retrait de cet amendement. À défaut, nous émettons un avis défavorable.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Nous ne nions pas l'intérêt que présente ce dispositif ; nous souhaitons simplement l'inclure dans les dispositions encadrant les CAQES.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 92.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 43, modifié.

(L'article 43 est adopté.)

Article additionnel après l'article 43

M. le président. L'amendement n° 544, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 43

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L.5121-31 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une cellule nationale de gestion des ruptures d'approvisionnement, placée sous l'autorité du Premier ministre, est chargée de définir une stratégie nationale pour la prévention et la résolution des causes de rupture d'approvisionnement. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Il y a quelques semaines à peine, un collectif de personnes atteintes de la maladie de Parkinson lançait un cri d'alerte au sujet de la rupture d'approvisionnement des médicaments utilisés pour le traitement de cette pathologie. Il interpellait l'État et lui demandait d'agir, en invoquant une non-assistance à personnes en danger. Ce sont là des mots lourds de sens.

S'ils sont en première ligne, ces malades sont loin d'être les seuls touchés par les pénuries. En 2017, l'Agence nationale de sécurité du médicament a reçu 530 signalements de traitements « essentiels » en rupture de stock ou en tension d'approvisionnement. C'est du jamais-vu. Le nombre des cas de signalement de médicaments en tension d'approvisionnement ou en rupture de stock a été multiplié par plus de dix en moins de dix ans. Notre pays – dois-je le rappeler ? – est tout de même la septième puissance économique mondiale. Dès lors, comment accepter que ces pénuries surviennent et remettent en cause les traitements des patients, la continuité de leurs soins ?

C'est ce constat qui a incité la commission des affaires sociales à se pencher sur la question et à mener un travail approfondi dans le cadre d'une mission d'information. J'ai fait partie de cette mission et, tout en saluant le sérieux du travail accompli, je dois dire que je n'approuve pas toutes les recommandations émises par nos collègues Yves Daudigny et Jean-Pierre Decool.

À mon sens, malgré l'ambition affichée, ces préconisations ne remettent pas fondamentalement en cause la toute-puissance des grands laboratoires, loin de là. Je le répète, je regrette fortement que notre proposition de création d'un pôle public du médicament ait subi le couperet de l'article 40 de la Constitution lors de l'examen du présent texte en commission.

Si la lutte contre la concentration de la fabrication à bas coût des principes actifs dans une poignée d'usines, le plus souvent situées en Asie du Sud-Est, est un objectif, on peine à trouver les moyens de l'atteindre. Ainsi, dès qu'un quelconque problème survient, c'est toute la chaîne mondiale qui est touchée.

Cela étant, la proposition n° 25 du rapport d'information me paraît intéressante ; c'est la raison pour laquelle je la reprends au travers de cet amendement. Il s'agit de créer une cellule nationale de gestion des ruptures d'approvisionnement, placée sous l'autorité du Premier ministre et chargée de définir une stratégie nationale pour la prévention et la

résolution des causes de rupture d'approvisionnement. La création de cette cellule permettrait de renforcer la coordination dans la prévention et la gestion des tensions et ruptures d'approvisionnement.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il nous apparaît plus cohérent de traiter le sujet des pénuries de médicaments de manière globale, dans un texte dédié ou dans un projet de loi relatif à la santé. Néanmoins, nous souhaitons entendre l'avis du Gouvernement sur ce point.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame Cohen, vous soulevez là un problème majeur. Votre proposition est certainement intéressante, mais je ne suis pas en mesure de l'accepter, car outre qu'elle est probablement insuffisante, nous sommes en train de travailler à une feuille de route générale. De plus, elle ne relève pas, à mon sens, du domaine de la loi.

Nous instruisons les propositions formulées au travers du rapport parlementaire que vous avez évoqué et nous nous efforçons d'élaborer une stratégie plus robuste encore pour prévenir les pénuries de médicaments. Je prendrai en compte votre proposition dans le cadre de l'élaboration de cette stratégie, mais, pour l'heure, je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 544 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Madame la ministre, je note avec satisfaction que cette recommandation issue du rapport d'information vous paraît intéressante et qu'elle peut contribuer à nourrir la réflexion engagée.

Je ne vais pas maintenir cet amendement, car il serait regrettable de faire battre une proposition que la Haute Assemblée a émise, mais j'insiste fortement sur l'intérêt qu'elle présente.

Cela étant, il est dommage, au regard de la situation exceptionnelle que constitue la pénurie actuelle de médicaments, que ce PLFSS ne contienne aucun dispositif permettant de lutter contre celle-ci. Je pense, par exemple, au conditionnement unitaire, qui permettrait d'y remédier un tant soit peu. Je tenais à attirer l'attention sur ce point.

Je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 544 est retiré.

Article 43 bis (nouveau)

- ① L'article L. 1151-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après le mot : « médicaux », sont insérés les mots : « et l'utilisation de médicaments » ;
- ③ 2° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « médicaux », sont insérés les mots : « , de ces médicaments ».

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Madame la ministre, nous n'avons pas déposé d'amendement sur cet article. Néanmoins, je souhaiterais vous entendre clarifier certains points.

Cet article ajoute les médicaments à la liste des produits de santé dont l'utilisation et la prescription peuvent faire l'objet d'un encadrement spécifique. Il résulte d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale, dont l'objet précise qu'il s'agit de cibler les médicaments innovants. Nous ne contestons pas cet objectif en tant que tel : l'utilisation de certains médicaments innovants doit effectivement faire l'objet de mesures d'accompagnement des praticiens et des établissements concernés, parce qu'elle requiert des connaissances et une technicité particulières ou parce que ces médicaments sont extrêmement onéreux.

Néanmoins, nous nous interrogeons quant au périmètre de la mesure : rien, dans la rédaction proposée, ne limite *a priori* le champ du dispositif aux seuls médicaments innovants. Ainsi, rien n'empêcherait, le cas échéant, le Gouvernement de prendre des mesures contraignantes pour l'utilisation de tous les médicaments. Je ne pense pas que tel soit le cas ; mais peut-être pourriez-vous nous rassurer sur ce point ?

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la rapporteur, cet article permettra de protéger soit les patients, soit l'assurance maladie. *(Sourires.)*

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Ce n'était pas ma question, mais je vous remercie de votre réponse ! *(Nouveaux sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 43 bis.

(L'article 43 bis est adopté.)

TITRE III

MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article additionnel avant l'article 44

M. le président. L'amendement n° 93, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-17-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « soixante-deux » est remplacé par le mot : « soixante-trois » et la date : « 1^{er} janvier 1955 » est remplacée par la date : « 1^{er} mai 1958 » ;

b) Les deuxième à dernier alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1^{er} mai 1958. Pour les assurés nés entre le 1^{er} mai 1957 et le 30 avril 1958, cet âge est fixé à soixante-deux ans et six mois. » ;

2° Après le mot : « âge », la fin du 1° de l'article L. 351-8 est ainsi rédigée : « de soixante-sept ans ; ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse. Cet amendement tend à reprendre une disposition que le Sénat a déjà votée

à plusieurs reprises, à savoir le recul de l'âge minimum légal de départ à la retraite à soixante-trois ans, en l'espèce à compter du 1^{er} mai 2020, avec un premier palier à soixante-deux ans et six mois au 1^{er} mai 2019.

Avec cet amendement et celui que je présenterai ensuite à l'article 44, notre commission entend prendre part au débat contradictoire sur la réforme des retraites que souhaite le haut-commissaire à la réforme des retraites.

La réforme des retraites sera-t-elle ou non financière ? Avec l'augmentation de la CSG pour les retraités et la dérogation systématique au principe d'indexation des pensions sur l'inflation, ce PLFSS constitue une réforme financière des retraites. Cette politique rapportera, en 2020, près de 9 milliards d'euros – 5 milliards d'euros provenant de l'augmentation de la CSG et 3,8 milliards d'euros au titre des réductions de dépenses pour les régimes de retraite. Ce rendement est comparable à celui de la réforme des retraites de 2010, qui a dégagé 10 milliards d'euros d'économies par an en vitesse de croisière. Ce dispositif est donc d'une redoutable efficacité...

Madame la ministre, le milliard d'euros à prélever sur les organismes complémentaires d'assurance maladie, les OCAM, représente une goutte d'eau au regard des 50 milliards d'euros dont ces organismes disposent au-delà de la réserve prudentielle.

Au travers de son financement, cette réforme touche les retraités actuels. L'âge légal de départ à la retraite n'est pas remis en cause. C'était une promesse du Président de la République, mais cela peut être un piège ; nous vous alertons sur le risque de voir diminuer, à l'avenir, le niveau de vie des retraités. Toutes les expériences étrangères de réforme systémique le montrent, la question de l'âge minimum légal, au-delà de l'âge pivot, est centrale. Même les Suédois réfléchissent à relever cet âge minimum, pour protéger les femmes et les travailleurs les moins qualifiés contre le risque de partir trop tôt, avec une retraite insuffisante.

À nos yeux, étant donné la progression de l'espérance de vie, l'augmentation de la durée de cotisation est une condition impérative pour assurer l'équilibre de notre système de retraites et garantir aux futurs retraités un niveau de vie satisfaisant.

Mes chers collègues, tel est l'état de la réflexion menée par notre commission, qui, depuis plus d'un an, s'est beaucoup investie dans ce débat.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Monsieur le rapporteur, vous proposez, au nom de la commission des affaires sociales, de relever l'âge légal de départ à la retraite de soixante-deux à soixante-trois ans d'ici au 1^{er} mai 2020. Ce faisant, vous renouez avec des pratiques anciennes, consistant à modifier brutalement les paramètres de notre système de retraites. *(M. Jérôme Bascher proteste.)* C'est précisément avec ces pratiques que nous essayons de rompre, *via* la concertation menée par Jean-Paul Delevoye.

En effet, l'incertitude qui pèse sur la pérennité du système de retraites vient, selon nous, du fait que les paramètres sont sans cesse modifiés. Cette incertitude mine la confiance de nos concitoyens dans le système de retraites. Elle menace également le pacte intergénérationnel qui fonde notre système par répartition.

Nous employons une méthode de dialogue constructif avec les partenaires sociaux et l'ensemble des citoyens, à la demande du Premier ministre et du Président de la République.

Le Président de la République s'y est engagé au cours de sa campagne : l'âge à partir duquel il sera possible de liquider ses droits restera bien fixé à soixante-deux ans. Nous avons également indiqué que les Français se trouvant à moins de cinq ans de l'âge du départ à la retraite lors de l'adoption de la réforme ne seraient pas concernés. Or vous proposez de modifier un paramètre fondamental en 2020.

Dans le cadre de la réunion multilatérale qui s'est tenue le 10 octobre dernier, nous avons réaffirmé devant les partenaires sociaux que tous ces engagements seraient tenus. Les orientations fixées ont été rendues publiques à cette occasion.

Les dispositions de votre amendement sont contraires à nos engagements sur ces deux points : vous proposez en effet de relever l'âge minimum de soixante-deux à soixante-trois ans et de modifier de façon brutale la situation de personnes qui sont à moins de cinq ans de la retraite et qui ont déjà planifié les modalités de leur départ.

Pour ces raisons, et parce que nous respectons nos engagements, j'émet, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Il s'agit là d'un point extrêmement important, qui concerne évidemment les équilibres budgétaires du PLFSS pour 2019.

Dans un premier temps, le Gouvernement a décidé de sous-revaloriser les pensions versées aux retraités actuels, à hauteur de 0,3 %, au lieu de les indexer sur l'inflation, dont le taux est de l'ordre de 1,6 %.

Pour notre part, nous avons décidé de réindexer l'évolution des retraites sur l'inflation, ce qui augmente les dépenses de la sécurité sociale de 2 milliards à 2,3 milliards d'euros en année pleine. Il nous fallait donc trouver une solution : c'est celle que propose René-Paul Savary, qui s'accompagne du dispositif relatif aux OCAM que Jean-Marie Vanlerenberghe a présenté avant-hier soir. Je parlerai des OCAM tout à l'heure, en réponse aux propos qu'a tenus M. Darmanin sur une chaîne de télévision périphérique.

Si, quand l'État a décidé de supprimer les cotisations sociales sur les heures supplémentaires, il avait, dans le même temps, prévu de compenser la perte de recettes de l'ordre de 2 milliards d'euros que représente cette mesure pour la sécurité sociale, nous n'aurions pas été obligés de proposer de reporter l'âge légal de départ à la retraite à soixante-trois ans à partir du 1^{er} mai 2020.

En fait, en ne revalorisant les pensions de retraite que de 0,3 %, le Gouvernement prive les retraités de 2 milliards d'euros. Parallèlement, il donne 2 milliards d'euros aux travailleurs, *via* des exemptions de cotisations sociales ; c'est une bonne chose, mais, ce faisant, il prive la sécurité sociale de 2 milliards d'euros.

Pour notre part, nous ne sommes pas d'accord pour priver les retraités de 2 milliards d'euros, et nous ne sommes pas non plus d'accord pour que l'État s'abstienne de compenser le manque à gagner pour la sécurité sociale, contrairement à ce qu'il fait habituellement. Étant donné que nous ne

pouvons pas contraindre le Gouvernement à assurer cette compensation, nous avons trouvé une autre solution, celle qui vient d'être présentée.

M. le président. La parole est à M. Jérôme Bascher, pour explication de vote.

M. Jérôme Bascher. Nous avons bien conscience que notre proposition a peu de chances de prospérer, mais elle a le mérite d'être claire : pour notre part, madame la ministre, nous avons fait le choix de la clarté.

La réforme Woerth était également très claire : il s'agissait de repousser l'âge de la retraite. Les Français le savent maintenant : ils devront travailler un peu plus longtemps.

Certes, cette mesure ne figure pas dans votre programme. Vous préférez mettre en œuvre le grand bidouillage des points ! Lorsque vous avez augmenté la CSG pour les retraités, vous avez entamé leur pouvoir d'achat, sans baisser pour autant les dépenses. Avec la retraite par points, ce sera la même chose. Or les Français ne veulent pas perdre de pouvoir d'achat. Pour notre part, nous proposons que leurs pensions continuent à être revalorisées à hauteur de l'inflation. Ainsi, une fois leur retraite acquise, leur pouvoir d'achat ne diminuera pas. C'est un élément extrêmement important pour la confiance.

Si la retraite par points est si difficile à mettre en œuvre, c'est parce que l'on ne parvient pas à trouver les équilibres. Il faut cesser de mentir aux Français en maintenant un grand flou et en déclarant que tout va aller mieux : ils savent parfaitement qu'ils devront travailler plus longtemps.

Madame la ministre, notre position sur la sécurité sociale est également claire : il faut compenser les exonérations. On procède ainsi depuis près de trente ans : continuons comme cela !

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. On peut entendre l'analyse de M. le président de la commission sur l'arbitrage financier entre les différents enjeux. Toutefois, Mme la ministre l'a rappelé, une réforme des retraites est en cours d'élaboration et fait l'objet d'une concertation. Il nous paraît donc tout à fait inopportun que le Parlement modifie soudain, au détour d'un amendement, l'âge légal de départ à la retraite : ce n'est ni respectueux de la concertation ni conforme à notre conception du dialogue social.

Par ailleurs, le report de l'âge légal de départ à la retraite s'appliquerait à très brève échéance, sans prise en compte de la situation et des projets de vie des personnes proches de l'âge de la retraite.

Quelle que soit la légitimité du débat sur l'âge légal de départ à la retraite, cette méthode n'est pas acceptable. Nous ne voterons pas cet amendement et nous demandons qu'il soit mis aux voix par scrutin public.

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, pour explication de vote.

Mme Patricia Schillinger. Notre groupe ne peut évidemment pas voter cet amendement visant à reporter l'âge minimum légal de départ à la retraite de soixante-deux à soixante-trois ans.

Dans le contexte actuel de réforme de l'ensemble du système, cette proposition fait figure à la fois de chiffon rouge et de leurre. Seule la réforme d'ensemble à laquelle travaillent M. Jean-Paul Delevoye et le Gouvernement est de nature à assurer la pérennité des retraites.

Reporter l'âge minimum de départ à la retraite à soixante-trois ans, c'est surtout punir injustement les seniors, en particulier les moins qualifiés d'entre eux. En effet, pour ceux qui ont la chance d'avoir un emploi, le recours au temps partiel s'accroît avec l'âge. Les 55-64 ans ont 1,5 fois plus de chances de travailler à temps partiel que les 30-54 ans et 2 fois plus de chances que ce soit pour des raisons de santé. J'ajoute que les ouvriers ont 5,6 fois plus de chances que les cadres de devoir travailler à temps partiel pour des raisons de santé.

La situation sera plus dramatique encore pour les seniors qui cherchent du travail, car les chances de reprise d'emploi diminuent fortement avec l'âge, conformément à une perception malheureusement commune aux employeurs, aux travailleurs et aux cabinets de recrutement. Le taux de sortie des listes de Pôle emploi est ainsi en baisse de 1,3 % pour les plus de 55 ans et de 1,2 % pour les 60-64 ans. En France, une forte proportion des chômeurs de longue durée ont plus de 55 ans.

Mes chers collègues, ces réalités m'interdisent de voter cet amendement ; je le dis au nom de la justice et de la cohésion de notre société.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, le Sénat est très favorable, dans sa grande majorité, à la réforme systémique des retraites, qu'il ne s'agit donc pas ici de remettre en cause, non plus que la méthode utilisée par le haut-commissaire. René-Paul Savary et moi-même nous investissons personnellement dans l'élaboration de cette réforme, dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la MECSS.

Toutefois, il faut bien convenir que vous nous contraignez à modifier ce paramètre essentiel qu'est l'âge légal du départ à la retraite, parce que vous avez vous-même touché à un autre paramètre essentiel, le montant des pensions, avant que l'on aborde la réforme systémique. Comme l'a dit le président Milon, les règles de revalorisation des pensions de retraite ayant été modifiées, il nous fallait trouver un moyen de maintenir l'équilibre financier de la branche vieillesse et celui de la sécurité sociale, conformément à l'exigence que la commission s'est imposée. Vous ne pouvez pas nous accuser d'être légèreté ! S'il y avait eu une véritable concertation, nous aurions sans doute pu trouver des solutions, mais vous avez décidé unilatéralement de ne pas compenser certaines exonérations de cotisations, pour tout de même quelque 2 milliards d'euros.

Tous les gouvernements se sont employés à toucher aux paramètres : le précédent avait modifié le taux de cotisation, d'autres sa durée. Il faudra trouver les bons équilibres, sachant que ces paramètres ne disparaîtront pas avec la réforme systémique.

Madame la ministre, nous agissons aujourd'hui en réaction à des dispositions que le Gouvernement a prises. Il est peut-être regrettable de le faire dans le cadre de l'examen du PLFSS, mais c'était le seul moyen de maintenir l'équilibre

financier de la sécurité sociale. (*Applaudissements sur des travées du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour explication de vote.

M. Jean-Claude Requier. Cet amendement n'est pas très populaire, surtout auprès de ceux qui sont à moins de cinq ans de la retraite, mais ses auteurs ne manquent pas de courage. À mon sens, le report de l'âge légal de départ à la retraite est inéluctable, puisque l'on vit de plus en plus longtemps et que l'on entre dans la vie active de plus en plus tard.

Toutefois, le groupe du RDSE considère qu'adopter cette disposition serait prématuré, dans la mesure où une réforme systémique des retraites est annoncée. Il convient notamment d'attendre de connaître les propositions du haut-commissaire, M. Jean-Paul Delevoye, qui a déjà beaucoup consulté ; j'ai moi-même eu l'honneur d'être entendu, en tant que président de groupe.

Nous nous abstenons donc sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Je suis très fier de siéger, au service des citoyens, dans une chambre qui est normalement un lieu de travail, de réflexion, de recherche de consensus, mais, depuis avant-hier, certains amendements me donnent le sentiment d'une assez terrible brutalité...

Ainsi, le présent amendement vient contrebattre les engagements sur la foi desquels le Président de la République a été élu. Je ne reviendrai pas sur le projet de réforme systémique des retraites qui est cours d'élaboration.

Cette brutalité s'exerce à l'encontre de tous les actifs, et pas seulement ceux qui prendront leur retraite dans moins de cinq ans : quel que soit leur âge, ils viennent d'apprendre, s'ils suivent nos débats, qu'ils devront travailler un an de plus.

Notre objectif était avant tout de mettre l'accent sur la valeur travail. Or, en l'espèce, sans le dire explicitement, vous recréez indirectement des taxes sur le travail, en demandant aux gens de cotiser un an de plus pour leur retraite.

Par ailleurs, au travers d'un amendement que vous avez présenté avant-hier et qui m'avait fait bondir, vous taxez les OCAM, là encore sans concertation : on prend l'argent là où l'on estime pouvoir en prélever !

Tout cela est très surprenant de la part d'une chambre qui n'a pas l'habitude de se comporter ainsi. Nous sommes très déçus de votre attitude. Il nous semble normal de revaloriser le travail.

Vous avez omis d'évoquer la suppression de la taxe d'habitation, monsieur Savary. J'ai découvert avec surprise que le Conseil d'orientation des retraites, le COR, ne compte, pour un montant de taxe d'habitation de 600 euros, que 200 euros d'économie par année pour 2018, 2019 et 2020. Or cela ne fonctionne pas ainsi : on passe de 200 euros en 2018 à 400 euros en 2019 puis à 600 euros en 2020.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cela vaut aussi pour la CSG, mais vous l'augmentez !

M. Martin Lévrier. Nous demandons, certes, un petit effort à certains retraités, mais vous, vous taxez les gens qui travaillent. Nous voterons contre cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. J'étais en train de me pincer pour vérifier que je ne rêvais pas, tant les propos que j'entends me semblent relever d'une hallucination !

Mes chers collègues, en réalité, quelles que soient les travées sur lesquelles vous siégez, vous voulez taxer les mêmes personnes, de diverses façons.

Bien entendu, le groupe CRCE ne votera pas le report de l'âge de départ à la retraite ; nous y sommes fondamentalement opposés. Sur la forme, d'abord, une telle mesure ne se décide pas au détour de l'examen d'un amendement au PLFSS. Sur le fond, ensuite, s'il est vrai que l'on vit plus longtemps, ce n'est pas une raison pour repousser l'âge du départ à la retraite.

Vous nous dites que vous voulez revaloriser les pensions de retraite, mais qu'il va falloir demander aux gens de travailler plus longtemps pour équilibrer les comptes : ce sont donc les actifs qui vont financer eux-mêmes cette revalorisation dont ils bénéficieront une fois à la retraite. C'est extraordinaire !

Mes chers collègues, cela fait une semaine que nous débattons en brassant des milliards. Ainsi, les exonérations de cotisations patronales représentent 40 milliards d'euros : voilà une ressource qu'il serait légitime de mobiliser pour conduire une politique plus juste en faveur des retraités ou des hôpitaux, par exemple ! Mais, bizarrement, pas touche à ces milliards-là ! Il ne faut surtout pas écorner les profits des grandes entreprises, sinon, à vous entendre, l'emploi en pâtira.

Les seniors sont les plus touchés par le chômage. Notre pays compte 9 % de chômeurs et des millions de salariés travaillant à temps partiel sans l'avoir choisi. À quoi cela rime-t-il de reporter encore l'âge de départ à la retraite ? À quoi cela rime-t-il d'accumuler les allègements de cotisations alors que le chômage continue à augmenter ?

M. le président. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Laurence Cohen. De grâce, essayez de trouver d'autres arguments et cessez de vous renvoyer la patate chaude, mes chers collègues, parce que, finalement, vous êtes sur la même ligne !

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Le groupe socialiste et républicain est totalement opposé à la désindexation des pensions de retraite et d'invalidité, ainsi que des prestations familiales ; nous nous en expliquerons lors de l'examen de l'article 44.

Dans le même temps, notre collègue Bernard Jomier l'a excellemment dit, nous sommes opposés à cette mesure de modification de l'âge de départ à la retraite, dont on se demande ce qu'elle vient faire dans la discussion de ce PLFSS.

Cela étant, nous sommes des élus responsables. Ainsi, avant le début de cette séquence budgétaire, les parlementaires socialistes, députés et sénateurs réunis, ont présenté des versions alternatives du projet de loi de finances et du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui maintenaient les grands équilibres, et qui respectaient en particulier le déficit budgétaire prévu.

Une de nos propositions était toute simple : ne pas doubler, en le portant de 20 milliards à 40 milliards d'euros, le montant des aides apportées aux entreprises au

titre de l'exercice 2019. Les 20 milliards d'euros ainsi économisés auraient pu permettre de ménager une autre transition, de mettre en place d'autres dispositifs.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Le groupe Les Indépendants – République et Territoires présentera à l'article 44 un amendement préservant l'équilibre des comptes.

Reporter l'âge de départ à la retraite à si brève échéance, sans que cela ait été préparé en amont, ne nous paraît ni juste ni faisable. Nous avons l'impression que l'on va dans le mur, faute de proposition satisfaisante, aussi nous abstenons-nous sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Philippe Mouiller, pour explication de vote.

M. Philippe Mouiller. Je voudrais saluer le courage dont fait preuve le rapporteur en faisant cette proposition, qui n'est certes pas populaire. Sa présentation dans le cadre de la discussion du PLFSS, sans attendre la réforme systémique annoncée, tient au fait que le Gouvernement a agi sans concertation.

Rappelons que, à partir du 1^{er} janvier, les salariés seront déjà, dans les faits, amenés à partir à la retraite à soixante-trois ans au plus tôt s'ils ne veulent pas subir une baisse du montant de leur retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

Tout à l'heure, notre collègue Lévrier du groupe La République En Marche a parlé de brutalité. Il me semble que la brutalité est plutôt du côté du Gouvernement, mon cher collègue : elle s'exerce à l'encontre des familles, des Français, au travers des retraites, du pouvoir d'achat. Je pense que vous en entendrez parler demain ! (*M. Jérôme Bascher applaudit.*)

M. Martin Lévrier. Vous porterez un gilet jaune ? Bravo !

M. le président. La parole est à M. Fabien Gay, pour explication de vote.

M. Fabien Gay. Mon cher collègue Lévrier, depuis dix-huit mois, quelques annonces du Gouvernement ont été perçues comme brutales par les Français.

Je voudrais décortiquer l'argument de M. le rapporteur selon lequel l'espérance de vie augmentant, il est normal que l'on travaille plus longtemps. À première vue, cela semble clair comme de l'eau de roche. Cependant, pourquoi l'espérance de vie a-t-elle augmenté au cours du XX^e siècle ? C'est d'abord parce que nous travaillons moins...

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

M. Fabien Gay. ... et mieux que nos grands-parents et parents. Ceux-ci travaillaient quarante-neuf heures par semaine, contre trente-cinq aujourd'hui, ils ne bénéficiaient pas de congés payés, etc. Le progrès médical a bien sûr aussi joué son rôle.

Si nous allons à rebours en acceptant des reculs sociaux, la courbe de l'espérance de vie pourrait s'inverser. D'ailleurs, l'espérance de vie en France a commencé à diminuer depuis 2014, pour l'instant de façon insensible : elle est aujourd'hui de soixante-dix-neuf ans pour les hommes et quatre-vingt-cinq ans pour les femmes. Ce qui est en net recul, c'est l'espérance de vie en bonne santé : elle est de soixante-quatre ans pour les femmes et de soixante-deux ans pour les hommes, avec un écart très important entre

les ouvriers et les cadres. Par conséquent, repousser l'âge légal de départ à la retraite à soixante-trois ans serait une injustice flagrante !

Quant au financement, ma collègue Laurence Cohen l'a dit, il y a beaucoup d'argent dans notre pays ; mais, là aussi, il faut se poser les bonnes questions !

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Je vais essayer de répondre à cette salve d'arguments opposés à une mesure qui peut en effet sembler provocatrice ; cependant, ce n'est pas nous qui avons commencé, c'est bien le Gouvernement qui a brutalement pris la décision de baisser le niveau de vie des retraités en dérogeant à la règle de l'indexation des pensions sur l'inflation.

Madame la ministre, si nous voulons donner confiance aux Français, il faut être clairs et leur dire la vérité. Pour équilibrer les systèmes de retraite par répartition, on peut jouer sur trois leviers.

Le premier, c'est le taux de cotisations patronales et salariales, aujourd'hui fixé à 28 %. Le haut-commissaire l'a dit, on ne peut pas y toucher sous peine de porter atteinte à la compétitivité de nos entreprises.

Le deuxième levier, c'est l'âge de départ à la retraite. Tous les pays européens l'ont relevé.

M. Fabien Gay et Mme Patricia Schillinger. Avec quelles conséquences ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. Il y a un ratio actifs/retraités à maintenir.

Le troisième levier, c'est le niveau des pensions. Nos concitoyens devront-ils vivre plus longtemps avec des retraites basses ?

M. Fabien Gay. Non !

M. René-Paul Savary, rapporteur. Voulons-nous que, à terme, les retraités n'aient plus les moyens de maintenir leur niveau de vie ?

M. Fabien Gay. Sur ce point, nous vous suivons !

M. René-Paul Savary, rapporteur. Ce sont des choix de société. Nous sommes clairs sur les nôtres : le recul de l'âge de départ à la retraite devra inéluctablement être considéré dans la réforme des retraites.

M. Fabien Gay. Non !

M. René-Paul Savary, rapporteur. Nous alertons dès aujourd'hui le Gouvernement : cet élément devra être pris en compte dans la réflexion si nous ne voulons pas que les retraites des Français en deviennent trop basses. *(Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 93.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste et républicain.

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.)

M. le président. 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.)

M. le président. 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° 19 :

Nombre de votants	342
Nombre de suffrages exprimés	309
Pour l'adoption	198
Contre	111

Le Sénat a adopté. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 44.

Article 44

- ① Au titre de 2019 et 2020, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et des plafonds de ressources relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés annuellement de 0,3 %.
- ② Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :
- ③ 1° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;
- ④ 2° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations ;
- ⑤ 3° L'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de cette allocation ;
- ⑥ 4° Le plafond de ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du même code ;
- ⑦ 5° Le revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles et l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants mentionnée à l'article L. 117-3 du même code ;
- ⑧ 6° Les allocations mentionnées au 2° de l'article L. 5421-2 du code du travail et l'allocation temporaire d'attente mentionnée à l'article L. 5423-8 du même code ;
- ⑨ 7° L'allocation pour demandeur d'asile mentionnée à l'article L. 744-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- ⑩ 8° L'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, ainsi que le plafond de ressources prévu pour le service de cette allocation ;
- ⑪ 9° L'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant

réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi que les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. Cet article prévoit que les montants et les plafonds de prestations sociales seront revalorisés à hauteur de 0,3 % par an pour les années 2019 et 2020. Ce dispositif déroge totalement à la règle selon laquelle les prestations sont revalorisées annuellement au niveau de l'inflation constatée sur l'année précédente, qui est de l'ordre de 1,6 % à 1,7 %. Si un certain nombre d'allocations sont exclues du champ de cette mesure de sous-revalorisation, toutes les prestations familiales seront concernées.

Madame la ministre, avec cet article, vous rompez avec un principe fort selon lequel s'est bâtie notre protection sociale depuis des décennies. Il a permis jusqu'à maintenant de garantir le pouvoir d'achat de nos concitoyens, en particulier des plus modestes d'entre eux. Vous vous attaquez aux prestations familiales, aux pensions de retraite, aux pensions d'invalidité, aux rentes accident du travail-maladie professionnelle ou encore aux aides au logement : rien de moins !

Pour les retraités, cette décision intervient alors que l'année 2018 a déjà été marquée par l'absence de revalorisation des pensions et par une augmentation non compensée de la CSG de 1,7 point. C'est donc pour eux la double, voire la triple peine ! Pourtant, les retraités ne sont ni des privilégiés ni des nantis, non plus que les familles, qui ont déjà participé à l'effort de modération des dépenses sociales.

Ces mesures contredisent totalement l'objectif affiché par le Gouvernement, au travers notamment du plan Pauvreté, de protéger les Français les plus fragilisés.

« Ajustement exceptionnel », « revalorisation maîtrisée », « désindexation », « revalorisation différenciée », « sous-indexation » : on nous noie sous des formules complexes, en martelant qu'il y aura des gagnants. Pour ma part, je vois surtout des perdants ! Que l'on ne nous parle plus de gains de pouvoir d'achat, c'est exactement l'inverse !

Pour toutes ces raisons, nous présenterons un amendement visant à supprimer cet article profondément injuste et inégalitaire.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 416 rectifié *bis* est présenté par M. Daudigny, Mmes Féret, Lubin et Van Heghe, M. Kanner, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mme Blondin, M. Fichet, Mmes G. Jourda, Prévaille et Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, MM. Duran, Marie et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 546 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 416 rectifié *bis*.

M. Yves Daudigny. Après la hausse de la CSG, qui concerne plus de 7 millions de retraités, l'absence de toute revalorisation des pensions en 2018, impliquant une baisse de leur pouvoir d'achat, les retraités pouvaient espérer que leurs pensions seraient au moins revalorisées au niveau de l'inflation pour les années 2019 et 2020.

La conjoncture économique est favorable – la croissance du PIB a atteint 2,2 % en 2017, et l'on prévoit qu'elle s'élève à 1,5 % les années suivantes – et, surtout, les comptes de la sécurité sociale se rétablissent.

Pourtant, madame la ministre, le Gouvernement fait le choix d'un quasi-gel des prestations sociales pour les années 2019 et 2020.

Cette revalorisation de 0,3 % des pensions de retraite et d'invalidité, mais aussi des allocations familiales ou de l'aide personnalisée au logement, très inférieure à l'inflation, engendrera une perte de pouvoir d'achat de plus de 1 %, en premier lieu pour les retraités. Une telle mesure est à nos yeux une erreur, tant politique qu'économique. En outre, elle entre en contradiction avec le retour à l'excédent de la branche famille.

Au même moment, le dernier rapport du Secours catholique sur la pauvreté en France met en exergue une plus grande précarisation des personnes âgées et des familles monoparentales. Le dernier rapport de l'Observatoire des inégalités et les dernières analyses Eurostat abondent dans le même sens. La Cour des comptes indique que quatre cinquièmes des familles ont connu une baisse des aides qu'elles reçoivent. Rappelons enfin que M. Delevoye, le haut-commissaire nommé par le Président de la République, préconise l'indexation des pensions de retraite sur l'inflation.

La position du Gouvernement est simple : quand l'inflation réapparaît, la désindexation des prestations sociales devient un outil très efficace de régulation des dépenses publiques. L'étude d'impact le prouve : en 2019, cette revalorisation permettra d'économiser 3,5 milliards d'euros ; en 2020, le gain sera proche de 7 milliards d'euros.

Madame la ministre, mes chers collègues, le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale doit être mis au service de la modernisation de notre système de santé et du progrès social. L'enjeu, c'est la justice sociale, l'efficacité économique, mais aussi le maintien de la cohésion de notre pays, au moment où celle-ci est menacée de toutes parts, comme nous risquons de nous en rendre compte demain !

M. le président. La parole est à M. Fabien Gay, pour présenter l'amendement n° 546.

M. Fabien Gay. D'après une étude de l'Observatoire français des conjonctures économiques, l'OFCE, huit retraités sur dix devraient voir leur pouvoir d'achat reculer en 2020, en raison, notamment, du quasi-gel des pensions pour les deux prochaines années. Le portefeuille des retraités sera ainsi rudement mis à l'épreuve par les différentes mesures annoncées par le Gouvernement.

La politique du « et en même temps » promue par le Président de la République donne à penser que vous parvenez à trouver l'équilibre entre mesures négatives et positives, mais, pour les retraités, le déséquilibre est patent.

D'un côté, certains ménages devraient bénéficier de mesures favorables, comme l'exonération de la taxe d'habitation, la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA, ou encore l'exonération de la

hausse de la CSG ; mais, de l'autre, une pluie de mauvaises nouvelles va s'abattre sur eux, dont la faible revalorisation, à hauteur de 0,3 %, des pensions en 2019 et en 2020 – un taux nettement inférieur à celui de l'inflation – et la hausse de la CSG, enclenchée dès 2018.

Si l'on estime que, en 2018, six ménages sur dix comptant au moins un retraité ont perdu aux réformes engagées par le Gouvernement en termes de pouvoir d'achat, ce ratio devrait être supérieur à sept sur dix en 2019, malgré l'annonce récente de l'annulation de la hausse de la CSG pour 300 000 retraités. Les différences de traitement entre gagnants et perdants devraient encore grossir en 2020. Au total, ce sont huit ménages sur dix qui devraient voir leur pouvoir d'achat diminuer de près de 700 euros cette année !

Telles sont les raisons pour lesquelles nous voulons supprimer l'article 44.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Ces amendements identiques tendent à supprimer l'article 44 pour maintenir le niveau de vie des retraités. Très bien, mais cela fait une dépense nouvelle qui n'est pas financée... Pour notre part, nous sommes carrés (*Sourires.*) et nous sommes partisans de dire la vérité aux gens. Nous aurions pu, comme le gouvernement précédent, proposer une augmentation de la durée de cotisation, ce qui conduit, indirectement mais inéluctablement, à un recul de l'âge de la retraite, puisque les gens ne peuvent pas partir à l'âge légal sauf à subir une décote. Nous avons été clairs : l'âge de départ à la retraite n'est pas un sujet tabou, il doit être mis en débat sur la place publique.

Je ne puis qu'émettre un avis défavorable sur ces amendements, en invitant leurs auteurs à soutenir celui que je présenterai dans quelques instants : il va dans le sens qu'ils souhaitent !

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 416 rectifié *bis* et 546.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 94, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

L'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots : « sur la base », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « de l'indice des prix hors tabac prévisionnel figurant dans le projet de loi de finances de l'année. » ;

2° Le second alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Si l'indice des prix hors tabac diffère de la prévision, il est ensuite procédé à un ajustement. Cet ajustement comporte :

« 1° Une compensation de l'écart entre les sommes effectivement perçues et celles qui auraient dû l'être pour respecter la parité entre, d'une part, l'évolution des prestations et, d'autre part, l'indice des prix à la consommation hors tabac ;

« 2° Une revalorisation destinée à maintenir, pour l'avenir, ladite parité. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement tend à revaloriser les retraites au niveau de l'inflation, comme cela se pratiquait avant 2015. Il s'agit de redonner du pouvoir d'achat à une majorité de retraités.

Des études ont montré clairement que la sous-revalorisation des pensions à hauteur de 0,3 %, cumulée avec les autres mesures prises – l'augmentation de la CSG et la diminution des aides au logement –, fait, malgré la compensation partielle permise par la suppression de la taxe d'habitation, 79 % de perdants pour 21 % de gagnants.

La revalorisation des pensions à hauteur de l'inflation permettra également de ne pas remettre en cause l'écart entre le minimum vieillesse et les retraites basses de ceux qui ont été au SMIC tout au long de leur carrière.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. En même temps qu'à M. le rapporteur, je répondrai, de façon globale, aux auteurs des deux amendements de suppression rejetés à l'instant, ainsi qu'à ceux de tous les amendements à venir portant sur l'article 44.

En application de cet article, toutes les prestations vont augmenter, selon un taux égal au taux d'augmentation observé au cours des trois dernières années.

Nous avons fait le choix d'une revalorisation différenciée des prestations et d'un effort spécifique à destination des Français les plus modestes. Ainsi, nous revalorisons au taux de l'inflation le RSA, l'allocation de solidarité spécifique et l'allocation supplémentaire d'invalidité, tandis que deux autres minima sociaux sont revalorisés de façon exceptionnelle en 2018 et 2019 : le minimum vieillesse et l'allocation aux adultes handicapés. S'agissant du minimum vieillesse, il aura été revalorisé de 100 euros en moins de deux ans et demi, grâce à l'action de ce gouvernement. On ne peut pas ne pas reconnaître cet effort particulier de la Nation à l'égard de ceux qui perçoivent le minimum vieillesse.

Nous avons également pensé aux familles, là aussi en faisant des choix différenciés : nous faisons en particulier celui d'aider prioritairement les familles pour lesquelles les aides sont essentielles. Je pense à toutes les dispositions que vous avez votées l'année dernière en faveur des familles monoparentales. Aujourd'hui, nous revalorisons l'aide à la garde d'enfant pour les familles dont un enfant est handicapé et nous allongeons le congé de paternité.

La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté alloue des moyens supplémentaires très importants, issus du budget de l'État et du Fonds national d'action sociale de la Caisse nationale d'allocations familiales, le FNAS, à la construction de crèches, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Je pense aussi au bonus mixité sociale et à tout ce que nous faisons pour l'accès des enfants aux droits fondamentaux, notamment alimentaires.

Au total, nous dégageons 6 milliards d'euros, sur les différents budgets de l'État et de la sécurité sociale, pour la politique de lutte contre la pauvreté.

Il est faux de prétendre que nous ne serions pas attentifs au pouvoir d'achat des retraités. Si la revalorisation des pensions de retraite à 0,3 % touchera l'ensemble des retraités, les conséquences n'en seront pas compensées pour seulement

20 % d'entre eux, ceux qui perçoivent les pensions les plus élevées. Pour 80 % des retraités, la baisse de la taxe d'habitation compensera largement la moindre revalorisation des pensions.

Par ailleurs, 40 % des retraités, les plus modestes, ne sont pas touchés par la hausse de CSG intervenue l'année dernière.

Au-delà, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte deux mesures qui profiteront essentiellement aux retraités.

Tout d'abord, la CMU contributive permettra un gain de pouvoir d'achat pour l'accès aux complémentaires santé, évalué à environ 60 euros par mois pour un couple de retraités. Vous n'en tenez pas compte, monsieur le rapporteur, dans votre calcul de l'évolution du pouvoir d'achat des retraités.

Ensuite, dans le cadre du « 100 % santé », la mise en œuvre du reste à charge zéro se traduira dès cette année par une diminution de 200 euros du coût des prothèses auditives et, l'année prochaine, par une réduction du coût des prothèses dentaires et des bridges. À partir du 1^{er} janvier 2021, il n'y aura plus de reste à charge pour les lunettes, les prothèses auditives et l'accès aux soins dentaires, alors que, aujourd'hui, c'est une dépense majeure pour les retraités.

On ne peut déconnecter la question du pouvoir d'achat de tout ce que nous mettons sur la table en faveur des personnes les plus pauvres. Le Gouvernement fait le choix, effectivement, d'être un peu moins généreux avec les 20 % de retraités qui touchent les pensions les plus élevées, supérieures à 2 500 ou 3 000 euros par mois, ce qui représente un pouvoir d'achat supérieur au pouvoir d'achat moyen des actifs – je rappelle que le salaire moyen est de l'ordre de 1 800 euros –, lesquels ont de surcroît en général une famille à charge.

Nous avons ciblé toutes nos aides et toutes les dépenses que nous faisons sur les plus modestes, et les retraités bénéficieront considérablement de cette politique.

Par ailleurs, à qui profite en priorité l'argent que nous consacrons à notre système de santé dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale? Les plus de soixante ans représentent 25 % de la population, mais 50 % des dépenses de santé. Quand on rend plus robuste le système de santé, cela profite d'abord aux personnes qui souffrent de pathologies chroniques. Nous faisons tout pour améliorer le parcours de soins de ces dernières.

Par conséquent, je commence à m'agacer d'entendre dire que nous ne nous préoccuperions pas des personnes âgées, car tous nos efforts et toute la politique que je mène sont tournés vers les retraités les plus modestes!

Enfin, nous menons une politique ambitieuse de transformation de notre modèle de prise en charge des personnes âgées, avec tout un travail de concertation sur la prise en charge du grand âge et l'autonomie. Nous mobilisons des centaines de millions d'euros pour l'amélioration des conditions d'accueil dans les EHPAD.

Arrêtez donc de dire que nous nous attaquerions aux retraités: c'est de la démagogie! Nous menons une politique différenciée; on a le droit d'être intelligent. Dans ce cadre, nous avons décidé de mettre beaucoup d'argent sur la table pour aider les personnes qui aujourd'hui n'accèdent pas aux

soins ou à une complémentaire santé, les résidents des EHPAD qui supportent des restes à charge trop importants, ce qui grève le pouvoir d'achat des familles.

J'ai pris longuement la parole, mais cette mise au point méritait d'être faite. Je suis défavorable à la totalité des amendements portant sur l'article 44.

M. Jacques Bigot. L'intelligence et l'arrogance!

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Madame la ministre, vous avez cité un certain nombre de mesures qui concernent une population fragile. Si 550 000 personnes perçoivent l'ASPA – c'est 550 000 de trop –, on compte 14 millions de retraités.

Si autant d'efforts sont faits par le Gouvernement en leur faveur, pourquoi les retraités sont-ils actuellement revendicatifs? Pourquoi y aura-t-il demain des manifestations?

M. Philippe Mouiller. Tout va bien!

M. René-Paul Savary, rapporteur. Madame la ministre, il y a une incompréhension par rapport aux mesures qui sont prises. Quand vous décidez la non-revalorisation des pensions, vous envoyez un signal fort, dont les conséquences sur le pouvoir d'achat des retraités sont sans commune mesure avec celles des dispositions que vous venez d'énumérer: plus de 3 milliards d'euros dès l'année prochaine et jusqu'à 9 milliards d'euros chaque année à partir de 2020!

Il me semble que notre proposition est tout à fait acceptable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Il y a, en effet, des gens qui manifesteront demain, notamment ceux qui ont une voiture. Aujourd'hui, dans notre société, 9 millions de gens vivent sous le seuil de pauvreté, dont 3 millions d'enfants: eux ne seront pas dans la rue demain. (*Protestations sur des travées du groupe socialiste et républicain et du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

Mme Patricia Schillinger. C'est vrai!

Mme Agnès Buzyn, ministre. Ils votent d'ailleurs assez peu, malheureusement. Nous nous efforçons de réduire cette fracture sociale qui s'aggrave, et j'assume parfaitement la politique que je mène.

Vous affirmez, monsieur le rapporteur, que les mesures prises sont sans commune mesure avec les économies que nous réalisons. Je vous rappelle que nous injectons 5 milliards d'euros dans l'ONDAM, pour améliorer la prise en charge des médicaments et renforcer les structures d'offre de soins sur les territoires, qu'il s'agisse des hôpitaux de proximité, de la gériatrie, de la médecine polyvalente ou des soins de suite: tout cela profitera aux personnes âgées. Par ailleurs, nous consacrons 1 milliard d'euros au reste à charge zéro et un montant considérable à l'aide à l'accès à la complémentaire santé, qui concernera 3 millions de personnes aujourd'hui dépourvues de complémentaire santé.

Ne dites pas que tout cela est sans commune mesure avec la moindre revalorisation des pensions! Nous avons fait des choix, mais énormément d'argent a été mobilisé au titre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Notre choix, assumé, est de donner la priorité aux personnes les plus vulnérables, et en particulier d'aider nos personnes âgées à accéder aux soins dont elles ont besoin.

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

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. Madame la ministre, votre action en faveur des plus pauvres d'entre nous n'est pas contestable. D'ailleurs, nous n'avons pas contesté les mesures que vous avez énumérées ; nous les avons votées.

Le problème n'est pas tellement là. Il est que les efforts que vous faites reposent, comme l'a dit le ministre Darmanin, sur les classes moyennes, sur ceux qui paient les cotisations et les impôts. Ce sont aussi les classes moyennes qui font les frais de la sous-indexation des pensions de retraite et des prestations familiales que vous avez décidée. Finalement, depuis des années, on tape toujours sur les mêmes...

Si, quand vous avez choisi d'exonérer de cotisations les heures supplémentaires, ce qui est une bonne mesure, vous n'aviez pas décidé de ne pas compenser le manque à gagner pour la sécurité sociale, vous auriez pu déployer toute la politique sociale que vous avez rappelée sans mettre à contribution les classes moyennes.

Vous n'avez pas respecté la loi Veil de 1993, qui impose la compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale liées à des mesures décidées par l'État. Si vous l'aviez fait, nous n'aurions pas présenté cet amendement, qui vise à éviter aux classes moyennes, en particulier aux 10 millions de retraités, d'avoir à consentir un effort considérable. L'effort doit être réparti entre tout le monde. L'État, pour sa part, aurait dû faire un effort de compensation.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour explication de vote.

M. Jean-Claude Requier. N'ayant pas voté les recettes, nous nous abstenons, par cohérence, sur les dépenses.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Nous ne voterons pas cet amendement.

Mon intention n'est pas de polémiquer...

M. Jacques Bigot. Bien sûr...

M. Martin Lévrier. ... mais voilà un gouvernement qui supprime la taxe d'habitation sur trois à quatre ans pour l'ensemble des Français, redonnant ainsi du pouvoir d'achat à tout le monde, à hauteur d'à peu près 400 euros en 2019.

En outre, les actifs des classes moyennes bénéficient de la suppression de l'ensemble des charges sociales, ce qui leur rend aussi du pouvoir d'achat, à hauteur de 275 euros environ par an pour un salarié au SMIC. Ce sont là de simples constats.

Parallèlement, on nous fait reproche de l'augmentation de 7 centimes de la taxe sur le carburant en 2019 : pour un automobiliste qui roule 15 000 kilomètres dans l'année, cela représente 63 euros.

Si l'on fait le bilan, pour les classes moyennes, le gain de pouvoir d'achat, essence comprise, est de plus de 600 euros. Je ne comprends donc pas très bien ce débat sur le pouvoir d'achat des classes moyennes.

En ce qui concerne les retraités, il est vrai que, tant que la taxe d'habitation n'aura pas été supprimée à 100 %, ceux d'entre eux qui gagnent, pour une personne seule, plus de 2 500 euros par mois devront fournir un effort ; nous l'assurons.

Je ne parle même pas du reste à charge zéro, je n'entre pas dans le détail de toutes les mesures que nous prenons. Essayons donc de garder une certaine objectivité !

M. le président. La parole est à M. Fabien Gay, pour explication de vote.

M. Fabien Gay. Madame la ministre, vous avez fait appel à notre intelligence. Je vous le dis comme je le pense : je trouve la formule un peu méprisante à notre égard. (*Mme la ministre le conteste.*) Elle dénote un certain mépris de classe !

On peut ne pas être d'accord avec ce que vous proposez, mais nous, nous avons beaucoup de respect pour vous. Pour votre part, vous nous invitez à essayer de faire preuve d'un peu d'intelligence, comme si notre discours était ringard, pas intelligent...

Au sein de notre groupe, nous sommes tous différents – je parle fort, peut-être plus fort que d'autres... (*Sourires.*) –, mais personne ne nous enlèvera que nous travaillons, que nous développons des arguments, que nous avons une cohérence, que nous essayons de bien préparer nos dossiers.

Mme Catherine Deroche, *rapporteur*. C'est vrai !

M. Fabien Gay. Nous sommes peu nombreux, mais nous sommes combattifs : nous le sommes dans la vie et dans la rue, au côté des gens, comme dans cet hémicycle. Nous sommes minoritaires, et nous respectons sans problème, à chaque fois, le résultat des votes.

Madame la ministre, je vais quitter l'hémicycle, car ce mépris m'est insupportable. Ce n'est pas la première fois que des membres du Gouvernement se comportent d'une telle façon. On peut ne pas être d'accord. Nous ne nions pas que vous fassiez des choses positives pour les Français – nous ne sommes pas dogmatiques –, mais il faut considérer l'ensemble : vous allez traîner comme un boulet jusqu'en 2022 le fait que, au travers de votre premier budget, vous avez fait cadeau de 5 milliards d'euros aux plus riches en supprimant l'ISF et, dans le même mouvement, réduit l'APL de 5 euros, augmenté la CSG pour l'ensemble des retraités... Les Français n'en peuvent plus ! Le SMIC n'a pas été revalorisé depuis des années, et les salaires non plus !

Madame la ministre, on peut échanger des arguments et s'écouter dans le respect mutuel ! (*Applaudissements sur les travées du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.*)

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

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. Je fréquente cet hémicycle depuis maintenant un an et je ne pense pas avoir jamais manqué de respect à qui que ce soit. La phrase que j'ai prononcée me concerne moi. J'ai dit que l'on peut faire des choix discriminants. Monsieur le sénateur Gay, arrêtez avec ces accusations, c'est trop facile ! Sincèrement, je ne crois pas avoir manqué de respect à quiconque au cours de ma vie professionnelle.

M. Fabien Gay. Vous avez parlé d'intelligence !

Mme Agnès Buzyn, *ministre*. En parlant d'intelligence, j'ai voulu dire que l'on a le droit de faire des choix, de les hiérarchiser. Libre à vous d'y voir un mépris de classe ; je pense que c'est malvenu, pour de nombreuses raisons, mais cela n'a pas d'importance. Je pense que personne, dans cet hémicycle, ne peut imaginer que je manque de respect à la Haute Assemblée. J'ai toujours témoigné le plus grand respect aux députés et aux sénateurs.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. Madame la ministre, le Gouvernement a fixé, au travers de cet article, le taux de revalorisation du montant des prestations sociales à 0,3 % pour 2019 et 2020. Les retraités et les familles verront ainsi leur pouvoir d'achat diminuer considérablement, le taux d'inflation étant estimé à environ 1,5 %.

Cette décision intervient alors que l'année 2018 a déjà été marquée, pour les retraités, par la non-revalorisation des pensions et par une augmentation de 1,7 point de la CSG, non compensée.

Il en va de même pour les familles, qui ont participé ces cinq dernières années à l'effort de modération des dépenses sociales.

Le groupe Les Indépendants avait souhaité, dans un premier temps, limiter cette perte de pouvoir d'achat, tout en respectant l'exigence de préservation de l'équilibre des comptes sociaux. Tel était l'objet de l'amendement n° 226 rectifié de Daniel Chasseing.

En définitive, nous nous rangeons aux arguments de la commission en faveur du retour à l'indexation pure et simple sur l'inflation. Cette formule nous semble préférable à la fixation de seuils : c'est une question de justice sociale.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 94.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 44 est ainsi rédigé, et les amendements n°s 159, 547, 226 rectifié, 548, 413 rectifié et 227 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 159, présenté par M. Tourenne, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 1

Remplacer les mots :

et des plafonds de ressources relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés annuellement de 0,3 %

par les mots :

relevant du même article sont revalorisés de 1,7 %

II. - Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

L'amendement n° 547, présenté par Mmes Cohen, Apurceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer les mots :

et des plafonds de ressources relevant du même article L. 161-25

par les mots :

relevant de cet article

L'amendement n° 226 rectifié, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, Fouché et A. Marc, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Bonhomme, Louault, Huré et Magras, Mme Malet, MM. Nougein et B. Fournier, Mme Lopez et MM. L. Hervé, del Picchia et H. Leroy, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 1

Remplacer le taux :

0,3 %

par le taux :

1 %

II. - Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

L'amendement n° 548, présenté par Mmes Cohen, Apurceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer le taux :

0,3 %

par le taux :

1,3 %

L'amendement n° 413 rectifié, présenté par MM. Tourenne, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et Blondin, MM. Fichet, Temal et Lurel, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 1

Remplacer le taux :

0,3 %

par le taux :

1,7 %

L'amendement n° 227 rectifié *bis*, présenté par MM. Chasseing, Malhuret, Decool, Capus, Guerriau, Wattebled, Fouché et A. Marc, Mme Mélot, MM. Lagourgue, Bonhomme, Louault, Huré et Magras, Mme Malet, MM. Nougein et B. Fournier, Mme Lopez, MM. L. Hervé, del Picchia et H. Leroy, Mme Perrot et MM. Gremillet et Gabouty, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

...° Les pensions de vieillesse versées par le régime général de sécurité sociale, le régime des salariés agricoles et le régime social des indépendants dont le montant est égal ou inférieur au revenu de 1 361 € bruts par personne ou 2 722 € par couple.

Article additionnel après l'article 44

M. le président. L'amendement n° 444 rectifié *bis*, présenté par MM. Lurel, Antiste et J. Bigot, Mmes Conconne et Jasmin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Grelet-Certenais, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mme S. Robert, M. Tissot, Mme M. Filleul, MM. P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 815-13 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, la récupération ne peut être opérée sur la résidence principale du bénéficiaire de l'allocation. »

II. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. Cet amendement concerne les mesures relatives à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA, qui est récupérable sur succession dès lors que le patrimoine de l'allocataire est supérieur à 39 000 euros en France hexagonale et à 100 000 euros dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution.

Peu de bénéficiaires de l'ASPA sont informés de l'existence de la récupération sur succession. Un quart de ces personnes ignoraient la procédure, 43 % d'entre elles ont déclaré ne pas être concernées, soit parce que leur patrimoine était inférieur à 39 000 euros, soit parce qu'elles n'avaient pas d'héritier.

Pour remédier à cette situation, cet amendement vise à établir une expérimentation au sein des collectivités concernées. Il est proposé de ne pas tenir compte de la valeur de la résidence principale du bénéficiaire dans le cadre du recours sur succession exercé après le décès de celui-ci dans les conditions prévues par l'article L. 815-13 du code de la sécurité sociale, afin de faciliter l'accès à cette aide.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Il est proposé d'expérimenter dans les outre-mer l'exclusion de la résidence principale de l'assiette de récupération sur succession de l'ASPA.

L'avis est défavorable, parce que les outre-mer bénéficient déjà d'un seuil d'exonération spécifique pour la récupération de cette aide : 100 000 euros, contre 39 000 euros pour l'Hexagone.

De plus, cette mesure aboutirait en pratique à supprimer la récupération de l'ASPA sur succession, car le nombre de bénéficiaires ayant un patrimoine de plus de 100 000 euros hors résidence principale doit être très limité.

L'ASPA n'est pas une prestation de retraite, rappelons-le, mais un revenu de subsistance : c'est la raison qui explique l'existence d'une procédure de récupération sur succession.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne répèterai pas ce que vient de dire M. le rapporteur. Je rappellerai simplement que la récupération sur succession est la contrepartie du fait que l'allocation du minimum vieillesse se substitue à l'obligation de solidarité familiale.

J'ajoute que la réforme des retraites de 2010 a déjà exclu de l'assiette de récupération tous les biens agricoles, notamment l'habitation principale de l'exploitant, quand elle est mitoyenne de l'exploitation agricole.

En réalité, il y a déjà beaucoup de mesures de protection. Nous sommes donc défavorables à l'amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nassimah Dindar, pour explication de vote.

Mme Nassimah Dindar. Je comprends bien que, au regard du droit commun, il est assez difficile de faire en sorte que la récupération sur succession de cette allocation de solidarité puisse s'opérer de façon spécifique dans les territoires ultramarins.

Je voudrais toutefois insister sur le fait que, dans des territoires exigus, des familles possèdent un petit héritage familial, un lopin de terre. Je pense principalement à toutes les communes de La Réunion, mais aussi de Guadeloupe et de Martinique, qui ont vu le prix du foncier augmenter de manière exponentielle à cause des différentes lois de défiscalisation. C'est un des effets pervers de ces lois que d'avoir fait monter considérablement le prix du mètre carré foncier dans ces territoires.

De ce fait, bien souvent, les personnes âgées préfèrent renoncer à bénéficier de l'ASPA, de peur qu'après leur décès un recours sur succession ne soit exercé, au détriment de leurs héritiers, qui souvent vivent eux-mêmes de minima sociaux. Je comprends donc l'amendement présenté par nos collègues.

Il est vrai que, dans les communes rurales, les exploitations agricoles n'entrent pas dans l'assiette de récupération, mais il paraît totalement injuste que le remboursement des aides perçues par des personnes qui habitaient à 200 mètres d'une exploitation sans avoir exercé elles-mêmes d'activité agricole soit exigé, ce qui peut peser durement sur les enfants.

Je m'abstiendrai sur l'amendement, compte tenu de l'avis défavorable de la commission et de la ministre, mais je voulais souligner cette situation un peu difficile que nous connaissons dans les territoires ultramarins.

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

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 45

① I. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

② 1° L'article L. 531-5 est ainsi modifié :

③ a) À l'avant-dernier alinéa du *b* du I, les références : « , L. 5423-2 et L. 5423-8 » sont remplacées par la référence : « et L. 5423-2 » ;

④ b) Le III est complété par un 4° ainsi rédigé :

⑤ « 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;

- ⑥ 2° Après le 3° de l'article L. 531-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. »
- ⑧ II. – Le 6° 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 modifié :
- ⑨ 1° Après le dix-huitième alinéa du *b*, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « 4° Lorsque le ménage ou la personne seule bénéficie au titre d'un enfant à charge de la prestation prévue à l'article L. 541-1. » ;
- ⑪ 2° Le *c* est abrogé.
- ⑫ III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} novembre 2019 et s'applique aux gardes réalisées à compter de cette date. –

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Nous avons déposé un amendement sur cet article, mais il est tombé sous le couperet de l'article 40, ce qui ne me permettra pas de vous le présenter. Je souhaitais juste avoir, madame la ministre, votre avis sur un point, maintenant ou à un autre moment.

La loi prévoit trois situations ouvrant droit à un complément de mode de garde majoré : un parent doit être à temps partiel, avoir des horaires de garde spécifiques ou encore être porteur d'un handicap. Cette dernière possibilité est prévue depuis 2012. La majoration s'applique sur le montant maximal de la prise en charge de la rémunération du professionnel. Néanmoins, ce complément ne concerne que les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, l'AAH, et non ceux d'une pension d'invalidité. Pourtant, la loi de 2005 établit un lien direct entre l'attribution d'une pension d'invalidité et la reconnaissance d'un handicap.

Pourquoi ne pouvons-nous pas considérer ces deux situations familiales sous le même prisme, pour plus d'équité et de transparence ?

M. le président. Je mets aux voix l'article 45.

(L'article 45 est adopté.)

Article 46

- ① I. – Le livre V du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le IV de l'article L. 531-5 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. » ;
- ③ 2° Le septième alinéa de l'article L. 531-6, dans sa rédaction résultant de l'article 45 de la présente loi, est complété par les mots : « dans les conditions prévues au même IV » ;
- ④ 3° Le même article L. 531-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑤ « Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé directement à l'association ou à l'entreprise qui assure la garde de l'enfant, sur demande de la famille bénéficiaire et après accord de l'association ou de l'entreprise précitée, dans des conditions précisées par décret. » ;

- ⑥ 4° Le premier alinéa de l'article L. 543-1 est ainsi modifié :

- ⑦ a) Les mots : « inscrit en exécution de l'obligation scolaire » sont remplacés par les mots : « qui, ayant atteint un âge déterminé, est inscrit » ;

- ⑧ b) Sont ajoutés les mots : « , jusqu'à la fin de l'obligation scolaire ».

- ⑨ II. – L'avant-dernier alinéa du *b* du 6° de l'article 11 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois, pour les enfants ayant atteint l'âge limite mentionné au premier alinéa de l'article L. 531-1 entre le 1^{er} janvier et le 31 août de l'année, la prestation demeure versée intégralement. »

- ⑩ III. – Au premier alinéa de l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, après la seconde occurrence du mot : « scolaire, », sont insérés les mots : « à compter de l'entrée dans l'enseignement élémentaire ».

- ⑪ IV. – Le 4° du I et le III du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2019. Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020. Le 3° du I s'applique aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

M. le président. La parole est à M. Antoine Karam, sur l'article.

M. Antoine Karam. Monsieur le président, madame la ministre, l'article 46 prévoit d'accompagner l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarisation obligatoire d'une prolongation du droit au CMG à taux plein, le complément de libre choix du mode de garde, pour les familles dont l'enfant n'a pu être accueilli en école maternelle jusqu'à la rentrée scolaire suivant son troisième anniversaire.

Si ces mesures vont dans le bon sens, elles suscitent une inquiétude grandissante dans certains territoires, où, faute de places disponibles dans les écoles, la scolarisation avant six ans est encore loin d'être généralisée. Vous le savez, à l'échelon national, 98 % des enfants âgés de trois ans sont déjà scolarisés, contre moins de 70 % en Guyane et à Mayotte.

Il est vrai que le taux de scolarisation remonte ensuite fortement : il est d'environ 94 % pour les enfants âgés de quatre à cinq ans, ce qui peut se comprendre. Mais compte tenu des difficultés rencontrées dans ces académies à chaque rentrée scolaire, l'abaissement à trois ans pose mécaniquement un défi immense, tant en termes d'infrastructures que de ressources humaines. Rappelons que Mayotte est le seul territoire de la République où la double vacation existe.

Dans ce contexte, j'ai d'abord pensé à amender cet article, afin de prévoir le cas où, malgré l'abaissement à trois ans de l'âge de la scolarisation obligatoire, nous ne serions pas encore en mesure de scolariser des enfants de quatre ans et plus, puis j'y ai renoncé.

Je me suis ensuite rappelé, avec regret, que ce même CMG n'était pas encore applicable à Mayotte, en dépit du plan « Mayotte 2025 », qui prévoit justement de favoriser la garde d'enfants.

Enfin, il eut été finalement trop défaitiste de proposer un tel amendement, car je veux croire que nous serons en mesure d'accueillir tous ces enfants dans nos écoles à la prochaine rentrée. J'ai récemment interpellé à ce sujet le ministre Jean-Michel Blanquer, qui m'a assuré de son volontarisme.

En simplifiant l'accès des familles au mode d'accueil individuel et en étendant le CMG à taux plein, nous réduisons, nous le savons, l'éloignement total ou partiel des femmes du marché du travail.

Aussi, madame la ministre, j'attire votre attention sur cette situation. Il ne faudrait pas que les familles soient doublement pénalisées : que leurs enfants ne soient pas scolarisés et qu'elles ne puissent bénéficier du CMG à taux plein.

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

L'amendement n° 2 rectifié *bis*, présenté par Mmes Malet, Dindar, Micouleau, Lassarade, L. Darcos, Renaud-Garabedian et Garriaud-Maylam, MM. Charon et Mouiller, Mmes de Cidrac, Grunzy, Procaccia et Raimond-Pavero, M. Sol, Mmes Lanfranchi Dorgal et Guidez, MM. Lefèvre, D. Laurent, Joyandet, Gilles, Rapin et L. Hervé, Mme Bories, MM. Mandelli et Magras, Mmes N. Delattre, Boulay-Espéronnier, Berthet et de la Provôté et MM. Moga, Segouin, Sido et Gremillet, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 6 à 8 et 10

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 11

Rédiger ainsi cet alinéa :

IV. – Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2020 et celles issues du 3° du I s'appliquent aux gardes d'enfants réalisées à compter du 1^{er} janvier 2022.

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. Cet amendement vise à conserver la logique actuelle du versement de l'allocation de rentrée scolaire, l'ARS, dès le début de la scolarité obligatoire, sous condition de ressources, afin que les familles continuent à être aidées lors de la rentrée scolaire.

La scolarisation des enfants entraîne des frais que certaines familles peuvent avoir des difficultés à prendre en charge, et ce dès l'école maternelle. Je pense notamment aux frais d'assurance, de cantine, de déplacement, de garderie et aux frais vestimentaires. Il est donc cohérent de maintenir la concordance entre le versement de cette allocation et le début de la scolarité.

Tel est l'objet du présent amendement.

M. le président. L'amendement n° 419 rectifié, présenté par Mme Féret, MM. Lurel et Tourenne, Mme Rossignol, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 6 à 8

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Mon amendement étant presque similaire, je partage les arguments qui viennent d'être avancés.

Pour autant, j'ajouterais quelques mots. Bien évidemment, vous l'avez compris, nous sommes opposés à la décorrélation entre le versement de l'allocation de rentrée scolaire et l'âge de la scolarité obligatoire.

L'allocation de rentrée scolaire n'étant pas aujourd'hui versée aux parents d'enfants scolarisés dès l'âge de trois ans dans 97 % des cas, on aurait pu s'attendre à ce que l'abaissement de l'âge de la scolarité obligatoire s'accompagnerait de celui de l'âge de versement. Or l'article 46 vise à déconnecter l'ARS de l'âge de la scolarité obligatoire, aujourd'hui fixé à six ans, contre trois ans dès la rentrée 2019.

Cette mesure purement comptable est en totale contradiction avec le plan de lutte contre la pauvreté. Nous le déplorons. Le versement de l'ARS et l'âge de la scolarité obligatoire doivent donc être couplés sur la même base.

Néanmoins, parce que nous sommes réalistes, nous prenons en considération le fait que les dépenses liées à l'entrée en maternelle sont inférieures à celles qui résultent de l'entrée en primaire. Par conséquent, le décret fixant le montant de l'ARS doit considérer une nouvelle tranche d'âge de trois à six ans, pour laquelle le montant de ladite allocation sera inférieur à celui qui est prévu pour les enfants de plus de six ans.

Nous pensons que l'équité est à la base de la pyramide de l'égalité. C'est la raison pour laquelle nous vous soumettons cet amendement.

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

Mme Élisabeth Doineau, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la famille. Je trouve que les amendements de nos collègues sont tout à fait justifiés. Cependant, je souhaite revenir sur quelques points.

En réalité, vous le savez – cela a d'ailleurs été dit par Antoine Karam et par vous, madame Féret –, 97 % des enfants de trois ans et 100 % des enfants de quatre et cinq ans sont scolarisés. Les parents de ces enfants ne perçoivent pas, aujourd'hui, l'allocation de rentrée scolaire.

Si la demande qui est formulée peut paraître justifiée, la commission a néanmoins émis un avis défavorable sur ces amendements, et ce pour trois raisons.

La première, c'est que les frais de scolarité pour des enfants entrant à la maternelle, on peut l'admettre, sont beaucoup moins importants que pour les enfants faisant leur entrée à l'école primaire.

La deuxième, c'est que si l'on accorde l'ARS au titre des enfants de trois ans à six ans, sans recettes supplémentaires, on va finalement diminuer l'ensemble des allocations attribuées à tous les enfants, quel que soit leur âge.

La troisième et dernière raison, c'est que la commission ayant voté pour une revalorisation des prestations familiales à l'article 44, les dispositions cet amendement ne correspondent pas à l'ambition et à l'objectif de la commission.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Pour les mêmes raisons, j'émet un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 2 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 419 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 46.

(L'article 46 est adopté.)

Article 47

- ① I. – Le livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 623-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le I est ainsi rédigé :
- ④ « I. – Les assurées auxquelles s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient à l'occasion de leur maternité, à condition de cesser leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 :
- ⑤ « 1° D'une allocation forfaitaire de repos maternel ;
- ⑥ « 2° D'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑦ « Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues à l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. » ;
- ⑧ b) Au II, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » ;
- ⑨ b bis) Au 2° du III, la première occurrence de la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » et, à la fin, la référence : « deuxième alinéa du I » est remplacée par la référence : « 2° du I du présent article » ;
- ⑩ c) Au 1° du III, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° » ;
- ⑪ d) Au premier alinéa du IV, la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° du I » et la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° du même I » ;
- ⑫ 2° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 623-4, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « 2° » et la référence : « premier alinéa » est remplacée par la référence : « 1° » ;
- ⑬ 3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 663-1, les mots : « proportionnelles à la durée et au coût de ce remplacement » sont supprimés.
- ⑭ II. – Le livre VII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ⑮ 1° À la première phrase du second alinéa du 1° de l'article L. 722-10, les mots : « des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité » sont remplacés par les mots : « de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité » ;
- ⑯ 2° L'article L. 732-10 est ainsi rédigé :
- ⑰ « Art. L. 732-10. – Les assurées mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité en raison de leur maternité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié, d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole.
- ⑱ « Lorsque le remplacement prévu au premier alinéa du présent article ne peut pas être effectué, les assurées mentionnées au 1° de l'article L. 722-10 du présent code qui cessent leur activité pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale bénéficient, dans des conditions déterminées par décret, d'indemnités journalières forfaitaires.
- ⑲ « L'allocation de remplacement ou les indemnités journalières sont accordées à compter du premier jour de leur arrêt de travail, dans des conditions fixées par décret, aux assurées mentionnées aux premier et deuxième alinéas du présent article dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition in utero au diéthylstilbestrol. » ;
- ⑳ 3° L'article L. 732-10-1 est ainsi modifié :
- ㉑ a) Au premier alinéa, au début, les mots : « Lorsqu'elles » sont remplacés par les mots : « Lorsque les assurés », les mots : « personnes mentionnées » sont remplacés par les mots : « assurés mentionnés » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « ou des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. » ;
- ㉒ b) Au second alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;
- ㉓ 4° L'article L. 732-12-2 est ainsi modifié :
- ㉔ a) À la seconde phrase du premier alinéa, le mot : « prévue » est remplacé par les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières dans les conditions prévues » ;
- ㉕ b) Au dernier alinéa, après le mot : « allocation », sont insérés les mots : « de remplacement ou des indemnités journalières » ;
- ㉖ III. – Le I du présent article s'applique aux allocations mentionnées à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019.

27 Le II du présent article s'applique aux allocations ou indemnités relatives à des arrêts de travail pour maternité débutant après le 31 décembre 2018.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, sur l'article.

Mme Laurence Cohen. L'article 47 prévoit d'harmoniser les modalités d'indemnisation du congé maternité, en particulier pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles, avec celles du régime plus avantageux des salariées.

Le projet de loi prévoit d'aligner la durée minimale d'arrêt pour les travailleuses indépendantes sur celle des salariées, soit huit semaines, dont deux de congé prénatal. En outre, la durée de versement maximale des indemnités journalières sera portée par décret à 112 jours, comme pour les salariées.

Cet article va globalement dans le bon sens et tente de répondre à un problème que nous avons déjà soulevé, notamment dans un rapport de la délégation aux droits des femmes consacré aux agricultrices.

Si cet article n'a donné lieu à aucun débat, à aucune remarque à l'Assemblée nationale, il a en revanche suscité quelques doutes de la commission des affaires sociales, *via* notre rapporteur Catherine Deroche, et de la délégation aux droits des femmes, qui se sont interrogées sur la pertinence de ce dispositif au regard de la réalité des contraintes concrètes et quotidiennes de ces femmes.

La question qui nous est posée est la suivante : comment assurer à ces femmes une plus grande protection, tant pour leur santé et celle de leur bébé que pour la pérennité de leur activité ? En résumé, doit-on ou non les contraindre à cesser leur activité durant une période minimale pour bénéficier d'indemnités journalières ? Nous sommes face à un certain dilemme.

La décision que nous allons prendre est évidemment importante, car il ne faudrait pas que la mesure proposée induise des effets pervers et conduise ces femmes à renoncer à des indemnités. À l'inverse, il ne faudrait pas que la souplesse introduite par le Sénat soit perçue comme un renoncement à accorder à ces femmes un droit supplémentaire.

Si l'amendement de notre collègue Catherine Deroche devait être adopté, nos deux collègues Alain Milon et Annick Billon devront prendre attache avec leurs homologues à l'Assemblée nationale, afin que cette modification soit bien interprétée.

À ce stade, j'en profite pour redire que nous regrettons et que nous ne comprenons pas le refus du Gouvernement de s'engager en faveur de la directive européenne sur le congé maternité.

Pour rappel, le texte prévoit d'allonger de quatorze à vingt semaines la durée minimale du congé maternité dans l'Union européenne. Les dispositions prévues par cette directive permettent des avancées concrètes en faveur de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Cette directive est déterminante pour garantir l'autonomie économique des femmes, leur égal accès au marché du travail et un autre partage des tâches, sachant que la maternité et la parentalité sont parmi les premiers facteurs discriminants dont souffrent les femmes.

En conclusion, le Gouvernement est favorable à plus d'égalité entre les femmes, mais on a l'impression qu'il va nous falloir attendre encore un petit moment l'égalité entre les femmes et les hommes !

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Cet article prévoit de porter à huit semaines la durée minimale d'arrêt pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles, dont deux semaines de congé prénatal, à l'instar de la durée appliquée aux salariées, pour bénéficier d'une indemnisation de leur congé maternité.

Améliorant l'attractivité du dispositif, cet article prévoit également de supprimer le versement de la CSG et de la CRDS par les exploitantes agricoles bénéficiant de l'allocation de remplacement.

L'article prévoit ensuite l'instauration d'une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité ou d'adoption. Cette indemnité strictement subsidiaire, accordée uniquement dans les cas où l'allocation de remplacement ne peut être versée, constituera un revenu de remplacement au même titre que pour les salariées et les travailleuses indépendantes non agricoles.

L'objectif de ces dispositions est de permettre à l'ensemble des femmes, en France, de bénéficier d'un congé maternité complet et effectif. En ce sens, cet article répond à l'engagement du Président de la République de réformer le congé maternité.

Il importe de rendre ce droit effectif sachant que, dans les faits, seuls 58 % des agricultrices non salariées sont en mesure d'être remplacées. Ces femmes font face à des freins financiers – les contributions sociales : la CSG et la CRDS –, mais aussi culturels, car elles sont encouragées à continuer de travailler coûte que coûte.

Cet article prévoit donc une évolution du cadre et des mesures incitatives. Il met ainsi en œuvre une harmonisation de droit nécessaire, et « par le haut », entre travailleuses de professions et de statuts différents, certes, mais bel et bien toutes confrontées à la nécessité de concilier contraintes professionnelles et impératifs familiaux.

M. le président. L'amendement n° 95, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 2 à 12

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéas 17 et 18

Remplacer les mots :

pendant la durée minimale prévue à l'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale

par les mots :

pendant une durée minimale fixée par décret

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement vise à mieux protéger les travailleuses indépendantes pendant leur congé maternité, en revenant sur la mesure proposée par le Gouvernement, qui conditionne le bénéfice des prestations de maternité pour ces travailleuses à une durée minimale d'interruption d'activité de huit semaines. Cette formulation peut apparaître paradoxale.

Le dispositif que vous défendez, madame la ministre, est présenté comme étant plus protecteur de ces travailleuses, en ce qu'il aligne la durée minimale de leur congé maternité sur

celle du congé des salariés. Il répond donc en théorie à un objectif de santé publique et d'harmonisation des droits que je ne puis que saluer.

Je crains toutefois que, en pratique, il ne conduise certaines de ces travailleuses à se trouver contraintes de renoncer à toute forme d'indemnisation. Les conditions d'activité des travailleuses non salariées ne sont pas comparables, en effet, à celles des salariées. Certaines doivent assurer une activité dans les semaines qui précèdent leur accouchement pour garantir la viabilité de leur entreprise. Leur situation n'est donc pas comparable à celle des salariées, qui retrouvent leur poste à l'issue de leur congé.

Je pense donc que la mesure proposée pourrait se révéler désincitative. Elle pourrait conduire certaines femmes à privilégier la poursuite de leur activité plutôt que le bénéfice des prestations de maternité afin de sauvegarder leur outil de travail pour l'avenir. Il pourrait au total en résulter une dégradation de l'indemnisation du congé de maternité pour ces travailleuses, à rebours de l'objectif affiché.

En l'état actuel du droit, elles bénéficient d'une allocation de repos maternel d'un montant de 3 300 euros, sans condition d'interruption d'activité, et d'indemnités journalières de 54 euros par jour, à condition de s'arrêter au moins 44 jours. Désormais, celles qui s'arrêteront moins de 56 jours n'auront plus droit à rien. Je considère que c'est un recul de leurs droits.

En d'autres termes, si l'alignement de la durée maximale de versement des prestations apparaît tout à fait souhaitable et plus protecteur, il n'en va pas de même s'agissant de la durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le versement des prestations.

Au regard de ces observations, et pour rester dans le cadre fixé par l'article 40 de la Constitution, l'amendement de la commission vise à régler les situations des travailleuses indépendantes et des exploitantes agricoles de manière différenciée.

Pour les travailleuses indépendantes, il est proposé de revenir au droit existant, plus protecteur en ce qu'il ne conditionne pas le versement des prestations à une durée minimale d'interruption d'activité.

Pour les exploitantes agricoles, pour lesquelles le présent article comprend par ailleurs des avancées, nous proposons de renvoyer la définition de la durée minimale de cessation d'activité à la voie réglementaire. Afin de ne pas pénaliser les femmes qui pourraient se trouver contraintes de reprendre leur activité rapidement pour garantir la pérennité de leur entreprise, j'estime que cette durée minimale devrait être plus proche de trois à quatre semaines.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous proposez de réduire la durée minimale d'activité. Cela nous semble en contradiction avec l'objectif de préservation de la santé de la mère et de l'enfant visé par cet article 47.

En effet, le Gouvernement a souhaité, afin de préserver la santé des mères et des enfants, les inciter à prendre un véritable congé maternité et à renforcer leurs droits, selon les préconisations du rapport de Mme Marie-Pierre Rixain sur le congé de maternité, lequel a fait l'objet d'une large concertation.

Les préconisations étaient, d'une part, d'aligner la durée globale du congé maternité sur celle dont bénéficient les salariées de 74 à 112 jours, et, d'autre part, d'augmenter la durée minimale d'interruption obligatoire de l'activité de 44 à 56 jours, soit 12 jours de plus, pour des motifs de protection de la santé de la mère et de l'enfant. Il faut savoir que, en moyenne aujourd'hui, les travailleuses indépendantes ont une durée d'interruption de 70 jours, soit une durée bien supérieure dans les faits.

Cependant, le Gouvernement a évidemment été attentif à la spécificité du travail indépendant. Un amendement a été adopté lors des débats à l'Assemblée nationale, sur l'initiative de Mme Rixain, visant à permettre de concilier congé maternité et reprise d'activité. Après l'arrêt obligatoire de huit semaines, les travailleuses indépendantes ont la possibilité de reprendre leur activité à temps partiel.

Votre proposition, au contraire, conduirait les travailleuses indépendantes à renoncer à tout ou partie de leur congé, au détriment parfois de leur santé et de celle des enfants, plutôt qu'à essayer de l'aménager.

C'est la raison pour laquelle je sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, j'y serais défavorable.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 95 est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche, rapporteur. J'entends ce que vous dites, madame la ministre, s'agissant de l'amendement de Mme Rixain. Or cette dernière avait également considéré dans son rapport que les spécificités de l'exercice libéral demandaient à être prises en compte dans la protection sociale de ces femmes, car elles attendent une meilleure adéquation de la législation à leur activité professionnelle.

Ce sont des spécificités de lisibilité, de flexibilité, de souplesse, de préservation de leur outil de travail. Ces besoins sont d'autant plus vivement ressentis que la plupart de ces femmes exercent seules leur activité.

Obliger ces femmes à s'arrêter une durée plus longue, en leur disant que si elles ne le font pas, elles n'auront pas droit à une indemnisation, ne nous paraît pas conforme à ce qu'elles désirent. Bien sûr, il faut qu'elles s'arrêtent, mais le dispositif que vous nous proposez paraît moins bien répondre aux besoins réels de ces femmes.

Je maintiens donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos, pour explication de vote.

Mme Laure Darcos. Nous avons beaucoup discuté de cet amendement au sein de la délégation aux droits des femmes. Nous sommes d'accord à 400 % avec la décision de la commission !

La délégation aux droits des femmes a rédigé un rapport, vous le savez, madame la ministre, notamment sur les femmes agricultrices. Je vais donc plutôt parler d'elles. Il est vrai qu'il n'est pas possible d'imposer un tel congé à ces femmes. Ce congé doit être flexible, comme il l'était auparavant, car certaines n'auront jamais ni l'occasion ni peut-être l'envie de le prendre. Contrairement aux salariées, et c'est ce qui fait la différence avec ces dernières, les indépendantes ont la liberté de gérer leur maternité et leur congé maternité comme elles le souhaitent.

Indépendamment de la question des cotisations, il nous paraît très important de revenir sur la flexibilité du congé. Toutes mes collègues de la délégation aux droits des femmes,

dont certaines sont en ce moment présentes dans l'hémicycle, étaient tout à fait d'accord avec cet amendement, que nous soutiendrons bien entendu.

M. le président. La parole est à Mme Colette Mélot, pour explication de vote.

Mme Colette Mélot. L'article 47 prévoit d'aligner la durée minimale d'interruption d'activité ouvrant droit à des prestations de maternité pour les travailleuses indépendantes sur celles des salariées.

Si cette mesure part d'un bon sentiment, elle risque d'augmenter le non-recours au droit au congé de maternité par ces femmes, sur lesquelles repose le fonctionnement de leur entreprise.

Nous souhaitons que toutes les femmes puissent accéder de la même manière à l'interruption d'activité lors d'une maternité, mais nous privilégions le dispositif plus souple proposé par la commission des affaires sociales, qui, par ailleurs, préserve les avancées importantes que prévoit l'article pour les exploitantes agricoles.

Je voterai donc cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nassimah Dindar, pour explication de vote.

Mme Nassimah Dindar. Madame la ministre, une certaine vision de l'égalité entre les hommes et les femmes et entre les femmes entre elles sous-tend l'amendement présenté par Mme Deroche.

Le principe d'égalité doit-il s'appliquer dans la différence ou dans la ressemblance? L'amendement de la commission, qu'ont largement défendu Annick Billon et nos collègues de la délégation aux droits de femmes, est fondé sur le principe de l'égalité dans la différence.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 95.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 634, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 21

Après les mots :

sont ajoutés les mots :

Rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

« ou, lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, des indemnités journalières prévues au deuxième alinéa de l'article L. 732-10, attribuées sans condition de durée minimale d'interruption d'activité. » ;

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 634.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Conconne, pour explication de vote sur l'article.

Mme Catherine Conconne. Mon explication de vote s'adresse à Mme la ministre.

Madame la ministre, chaque fois que vous avez pris des engagements envers nous – je parle de la Martinique –, vous les avez tenus, avec rigueur, et nous n'avons rien eu à redire.

Pourriez-vous aujourd'hui me dire, les yeux dans les yeux, que les indemnités journalières prévues à l'article 47, y compris lorsqu'il n'aura pas été possible de trouver un remplaçant, seront bien appliquées dans les départements d'outre-mer? À ce jour, ce n'est pas le cas. Nous attendons la publication d'un décret prévue depuis 2014! Or il y a des femmes, qu'elles soient indépendantes ou agricultrices, qui font des enfants, et c'est tant mieux pour notre démographie.

J'aimerais donc que vous nous disiez solennellement que ce dispositif sera adopté dans la France de l'autre côté des mers.

M. le président. Je mets aux voix l'article 47, modifié.

(L'article 47 est adopté.)

Article additionnel après l'article 47

M. le président. L'amendement n° 408 rectifié, présenté par MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Lorsque le patient est adressé par une sage-femme à l'occasion des soins qu'il est amené à lui dispenser. »

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Cet amendement vise à permettre aux femmes de s'adresser, sur prescription de leur sage-femme, à un médecin spécialiste, sans avoir à passer par leur médecin traitant et sans pour autant être pénalisées financièrement.

Cette mesure, outre le fait qu'elle constituerait une amélioration dans le parcours de soins des femmes, permettrait d'assurer un suivi de premier recours dans un système de soins où le médecin n'est pas toujours accessible. Elle placerait en plus la sage-femme dans un cadre de coordination des soins entre praticiens, conformément à l'un des objectifs de ce PLFSS.

En 2011, le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale recommandait déjà de mieux articuler et de valoriser les compétences des sages-femmes, en faisant d'elles encore davantage des professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.

Cette mesure constituera de plus une source d'économies pour la sécurité sociale, dès lors que les femmes enceintes ne seront plus tenues, comme c'est le cas aujourd'hui, de consulter leur médecin traitant pour obtenir la prescription d'examen que les sages-femmes sont déjà en mesure de prescrire. De fait, cela éviterait une double consultation.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Avis favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. En réalité, il suffit aujourd'hui d'avoir déclaré un médecin traitant pour accéder à un spécialiste. Il n'y a jamais eu de contrôle sur l'effectivité de la consultation d'un médecin traitant. Ce dispositif a été assoupli compte tenu du manque de médecins généralistes et de la complexité que constitue le fait de devoir toujours passer par un médecin généraliste avant d'accéder à un spécialiste.

La possibilité d'accéder à un spécialiste existe donc déjà de fait. Cela dit, je continue de penser qu'il est de toute façon important de passer par un médecin traitant, afin de coordonner le parcours de soins. Cela ne diminue absolument en rien le rôle des sages-femmes et leur champ d'intervention auprès des patientes.

Je rappelle d'ailleurs que ce champ d'intervention a été élargi dans le cadre de l'avenant n° 4 de la convention nationale signée le 29 mai dernier entre les sages-femmes et l'assurance maladie. Cet avenant maintient et renforce la participation des sages-femmes à la mise en œuvre des priorités de santé publique qui ont été annoncées. Il valorise en effet leur rôle en matière de suivi des patientes, de prévention et d'information sur la contraception auprès des jeunes filles, de prévention des comportements et des situations à risques pendant la grossesse.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame Féret, l'amendement n° 408 rectifié est-il maintenu ?

Mme Corinne Féret. Non, compte tenu des explications de Mme la ministre, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 408 rectifié est retiré.

Article 47 bis (nouveau)

- ① I. – Après le premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, l'allocation de remplacement est attribuée pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale fixée par décret. »
- ③ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 331-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Par dérogation au premier alinéa, l'indemnité journalière servie au titre du congé de paternité et d'accueil de l'enfant est versée pendant la période d'hospitalisation mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 1225-35 du code du travail. » ;
- ⑥ 2° Le II de l'article L. 623-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation dans les conditions prévues à l'article L. 1225-35 du code du travail, les indemnités journalières sont versées pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale. Un décret fixe les modalités d'application du présent alinéa. »

⑧ III. – L'article L. 1225-35 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑨ « Par dérogation aux trois premiers alinéa, lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation immédiate après la naissance dans une unité de soins spécialisée définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le congé de paternité et d'accueil de l'enfant est de droit pendant la période d'hospitalisation, dans la limite d'une durée maximale déterminée par décret. »

⑩ IV. – Le présent article s'applique aux naissances intervenant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} juillet 2019.

M. le président. La parole est à Mme Michelle Meunier, sur l'article.

Mme Michelle Meunier. Nous sommes tout à fait favorables à l'allongement du congé paternité lorsque le nouveau-né a besoin de soins intensifs ou de réanimation, comme le prévoit l'article 47 bis. Cela dit, vous avez selon nous raté l'occasion, madame la ministre, d'aller plus loin encore pour l'ensemble des pères.

Mon collègue a évoqué tout à l'heure le budget alternatif présenté par les parlementaires socialistes à l'Assemblée nationale et au Sénat. Ce budget prévoit, parmi les mesures en faveur de la famille et de l'égalité entre les femmes et les hommes, l'allongement du congé paternité à un mois.

Les contraintes de l'article 40 de la Constitution ne nous permettent pas d'atteindre cet objectif dans ce PLFSS par voie d'amendement. Même la proposition intermédiaire que nous avons faite de porter de trois à six jours la durée du congé de naissance accordé et rémunéré par l'employeur a été déclarée irrecevable. Nous le regrettons, car nous sommes encore très loin de nos voisins de l'Union européenne ; sans aller très loin, l'Espagne a mis en œuvre un congé de paternité plus favorable.

Sachant combien l'arrivée d'un enfant, quel que soit son état de santé, est un moment de grâce entre lui et ses parents, il est dommage de ne pas prévoir un congé paternité plus long.

M. le président. Je mets aux voix l'article 47 bis.

(L'article 47 bis est adopté.)

Article 47 ter (nouveau)

- ① I. – Après l'article L. 131-6-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-6-1-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 131-6-1-1. – Par dérogation à l'article L. 131-6-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 6331-51 du code du travail, les travailleurs indépendants non agricoles autres que ceux mentionnés à l'article L. 613-7 du présent code et les travailleurs indépendants affiliés au régime mentionné au 3° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime bénéficient d'un report des cotisations ou contributions, provisionnelles ou définitives, pour toute la période pendant laquelle ils perçoivent une indemnité journalière mentionnée soit aux 2° des I et III de l'article L. 623-1 du présent code, soit aux articles L. 732-10 et L. 732-10-1 du code rural et de la pêche maritime. »

- ③ « Les cotisations ou contributions ayant fait l'objet d'un report mentionnées au premier alinéa du présent article peuvent faire l'objet d'un plan de paiement échelonné d'une durée maximale de douze mois, qui peut être portée à vingt-quatre mois par le directeur de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, de la Caisse générale de sécurité sociale ou de la caisse de mutualité sociale agricole en cas de circonstances exceptionnelles.
- ④ « Ce report ne donne lieu à aucune majoration ni pénalité de retard. »
- ⑤ II. – Le I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 640-1 du code de la sécurité sociale. – *(Adopté.)*

Article 47 quater (nouveau)

Dès réception d'une déclaration de grossesse, l'organisme de sécurité sociale adresse à l'intéressée un document détaillant l'ensemble de ses droits et lui indiquant qu'elle peut bénéficier, à sa demande, d'un report de cotisations sociales dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1 du code de la sécurité sociale.

M. le président. L'amendement n° 96, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après le mot :
bénéficiaire,
insérer les mots :
le cas échéant et

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 96.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 47 quater, modifié.

(L'article 47 quater est adopté.)

Article 47 quinquies (nouveau)

- ① À titre expérimental, pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2020, par dérogation à la condition de cessation d'activité prévue à l'article L. 623-1 du code de la sécurité sociale, les assurées mentionnées au I du même article L. 623-1 peuvent percevoir des indemnités journalières en cas de reprise partielle d'activité dans les conditions suivantes :
- ② 1° À hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période d'interruption totale d'activité prévue audit article L. 623-1 ;
- ③ 2° À hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivant la période mentionnée au 1°.

④ Les indemnités journalières ne sont pas versées pour les jours travaillés, mais leur versement peut être reporté à l'issue de la durée d'attribution fixée en application du même article L. 623-1, dans la limite de dix jours au maximum.

⑤ Au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation.

M. le président. L'amendement n° 97, présenté par Mme Deroche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteur.

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de cohérence, qui vise à tirer les conséquences du vote intervenu précédemment.

M. le président. Cet amendement « de cohérence » vise tout de même à supprimer l'article ! *(Sourires.)*

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement visant à supprimer la possibilité de reprise du travail à temps partiel, je serai moi aussi cohérente et j'émettrai donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 97.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 47 quinquies est supprimé.

Article 48

- ① I. – Le livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 622-3 est ainsi rédigé :
- ③ « Art. L. 622-3. – Pour bénéficier du règlement des prestations en espèces au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée déterminée, les personnes mentionnées à l'article L. 611-1 doivent justifier, dans des conditions fixées par décret, d'une période minimale d'affiliation ainsi que du paiement d'un montant minimal de cotisations.
- ④ « Le revenu d'activité pris en compte pour le calcul de ces prestations est celui correspondant à l'assiette sur la base de laquelle l'assuré s'est effectivement acquitté, à la date de l'arrêt de travail, des cotisations mentionnées à l'article L. 621-1. » ;
- ⑤ 2° Au début du deuxième alinéa de l'article L. 632-1, les mots : « La première phrase du premier alinéa et le deuxième alinéa » sont remplacés par les mots : « Les deux premiers alinéas » ;
- ⑥ 3° Au troisième alinéa de l'article L. 646-4, la référence : « L. 361-6 » est remplacée par la référence : « L. 361-5 ».
- ⑦ II. – Le 2° de l'article 20-10-2 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 est abrogé.

- ⑧ III. – Le présent article s'applique aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions du second alinéa de l'article L. 622-3 dans sa rédaction résultant du 1^o du I, qui s'appliquent aux prestations versées au titre d'arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2020. – (Adopté.)

Article 49

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Le cinquième alinéa de l'article L. 133-4 est complété par les mots : « ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale dans les conditions prévues au III de l'article L. 641-9 du code de commerce » ;
- ③ 2^o L'article L. 133-4-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- ⑤ 3^o À la première phrase de l'article L. 161-17-1-1, après la référence : « L. 353-6, », est insérée la référence : « L. 355-3, » ;
- ⑥ 4^o L'article L. 355-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

- ⑧ 5^o L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

- ⑨ a) Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;

- ⑩ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- ⑪ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

- ⑫ 6^o L'article L. 815-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑬ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur l'allocation mentionnée au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans un délai fixé par décret qui ne peut excéder douze mois, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du présent livre et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

- ⑭ 7^o L'article L. 821-5-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- ⑮ « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités

applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

- 16 8° L'article L. 835-3 est ainsi modifié :
- 17 a) Le cinquième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- 18 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 19 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au troisième alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- 20 9° Après le cinquième alinéa de l'article L. 845-3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 21 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au même troisième alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;
- 22 10° L'article L. 861-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 23 « Le décret mentionné à l'avant-dernier alinéa du présent article fixe également les modalités selon lesquelles les sommes dues par les organismes complémentaires aux organismes d'assurance maladie font l'objet d'une majoration de 10 % en l'absence de paiement dans les délais prévus ainsi que les modalités selon lesquelles le directeur de l'organisme d'assurance maladie peut délivrer une contrainte dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-5. » ;
- 24 11° L'article L. 863-7-1 est ainsi modifié :

- 25 a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les articles L. 133-4-1 et L. 161-5-1 sont applicables au recouvrement des prestations versées à tort. » ;
- 26 b) Le second alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le dernier alinéa de l'article L. 861-3 est applicable aux relations entre les organismes complémentaires et les organismes d'assurance maladie. »
- 27 II. – Après le sixième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 28 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII du même code, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »
- 29 III. – L'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- 30 a) Le septième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme débiteur de prestations familiales peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- 31 b) Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 32 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au sixième alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un versement, par retenue sur les prestations en espèces gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII du même code, par l'organisme gestionnaire de ces prestations et avec son accord. Toutefois, suite à cet accord, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »
- 33 IV. – A. – 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 est ainsi modifiée :

- 34 1° L'article 20-5-6 est ainsi modifié :
- 35 a) Après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 133-4-1, » ;
- 36 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 37 « Pour l'application du dernier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « à l'article 20-8-1 de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ». » ;
- 38 2° L'article 20-8-6 est complété par un 4° ainsi rédigé :
- 39 « 4° Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 de la présente ordonnance ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ». »
- 40 B. – L'article 13 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifié :
- 41 1° Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 19 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- 42 2° Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 43 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa du présent article, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en espèces mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre II de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. »
- 44 C. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :
- 45 1° Le premier alinéa de l'article 20 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : « gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées au titre VI *bis* de la présente ordonnance, au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code ». » ;
- 46 2° L'article 35-3 est ainsi modifié :
- 47 a) Le troisième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « En cas de fraude, le directeur de l'organisme mentionné à l'article 38 peut majorer le montant de la retenue d'un taux fixé par décret qui ne peut excéder 50 %. Ce taux est doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de cinq ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration de la retenue. » ;
- 48 b) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 49 « Lorsque l'indu notifié ne peut être recouvré sur les prestations mentionnées au premier alinéa, la récupération peut être opérée, sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un seul versement, par retenue sur les prestations en

espèces mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I et II du titre II de la présente ordonnance et au chapitre I^{er} du présent titre, au titre I^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale. Toutefois, le recouvrement ne peut être effectué que si l'assuré n'est débiteur d'aucun indu sur ces mêmes prestations. Ce recouvrement est opéré selon les modalités applicables aux prestations sur lesquelles les retenues sont effectuées. Un décret fixe les modalités d'application et le traitement comptable afférant à ces opérations. » ;

50 3° Le 5° de l'article 42-1 est ainsi modifié :

51 a) Au début du *c*, les mots : « Au dernier » sont remplacés par les mots : « À l'avant-dernier » ;

52 b) Il est ajouté un *d* ainsi rédigé :

53 « *d*) Au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre II et au chapitre I^{er} du titre VI de la présente ordonnance, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code”. »

54 D. – Le I de l'article 104-1 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

55 « En tant qu'elles concernent le régime accidents du travail et maladies professionnelles, les dispositions de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sont applicables à Mayotte, sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “mentionnées aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et à l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles” sont remplacés par les mots : “en espèces mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées au chapitre II du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, aux chapitres I^{er} et II du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre VI et au titre VI *bis* de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, au titre I^{er} de

l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte et au revenu de solidarité active applicable à Mayotte mentionné à l'article L. 542-6 du code de l'action sociale et des familles”. »

56 E. – Le 8° de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2016-160 du 18 février 2016 portant adaptation de la prime d'activité au Département de Mayotte est complété par un *c* ainsi rédigé :

57 « *c*) Au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du présent livre” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 20-1 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 ou sur les prestations mentionnées aux chapitres I^{er} et II du titre VI de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, à l'article L. 433-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 du présent code”. »

58 V. – A. – 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 :

59 1° Après l'article 8-3, il est inséré un article 8-4 ainsi rédigé :

60 « *Art. 8-4.* – L'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux prestations mentionnées aux articles 9 et 12-1 sous réserve des adaptations suivantes : au dernier alinéa, les mots : “aux titres IV et V du livre III, à l'article L. 511-1 et aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation” sont remplacés par les mots : “aux articles 9-6, 11 et 13-2 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, au titre II du livre VIII du présent code et aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre et Miquelon”. » ;

61 2° Le second alinéa de l'article 9-6 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à 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 ou sur les prestations mentionnées aux articles 11, 12-1 et 13-2 de la même ordonnance, aux articles 5 et 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon”. » ;

62 3° Le *c* du 13° de l'article 11 est ainsi rédigé :

63 « *c*) L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

- 64 « – à la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : “un organisme de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole” sont remplacés par les mots : “la Caisse de prévoyance sociale” ;
- 65 « – au dernier alinéa, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées aux titres IV et V du livre III et au titre I^{er} du livre VIII” sont remplacés par les mots : “mentionnées à l'article 8-4, ou sur les prestations mentionnées à l'article 9-6 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, aux titres II et IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon” ; ».
- 66 B. – La loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifiée :
- 67 1° Après le *o* du 3° de l'article 5, il est inséré un *o bis* ainsi rédigé :
- 68 « *o bis*) Au dernier alinéa de l'article L. 355-3, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées à l'article L. 511-1, aux titres I^{er} à IV du livre VIII du présent code, à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à 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 ou sur les prestations mentionnée au titre II du livre VIII du présent code, au titre IV de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, aux articles 11, 12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée” ; »
- 69 2° Le 4° de l'article 7 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour la mise en œuvre du dernier alinéa de l'article L. 815-11, les mots : “gérées par les organismes mentionnés à l'article L. 133-4-1 ou sur les prestations mentionnées au titre V du livre III, à l'article L. 511-1, au titre III du présent livre et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation” sont remplacés par les mots : “mentionnées à 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, ou sur les prestations mentionnées au titre II de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et aux articles 11, 12-1 et 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 précitée” ; ».
- 70 VI. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019, à l'exception des dispositions suivantes qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020 :
- 71 1° Les 2° et 4°, le *b* du 5°, les 6° et 7°, le *b* du 8° et le 9° du I ;
- 72 2° Le II ;
- 73 3° Le *b* du III ;
- 74 4° Le *b* du 1° et le 2° du A, le 2° du B, le 1° et le *b* des 2° et 3° du C et les D et E du IV ;
- 75 5° Le A du V ;
- 76 6° Le B du V.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 423 rectifié est présenté par Mmes Lubin et Grelet-Certenais, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Jasmin, M. Jomier, Mmes Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe, Tocqueville et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 555 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Nadine Grelet-Certenais, pour présenter l'amendement n° 423 rectifié.

Mme Nadine Grelet-Certenais. Cet article remet en cause les principes qui régissent les prestations et minima sociaux – APA, AAH, APL, RSA, etc. – en permettant de récupérer des indus de prestations sur tous les autres, sans distinction, y compris les minima sociaux et les prestations en espèces de l'assurance maladie.

Les dispositions de cet article feraient peser sur les personnes fragiles économiquement la mauvaise gestion des administrations.

Par ailleurs, il n'est pas envisageable de permettre une telle perméabilité entre les prestations. En effet, toutes sont différentes : elles ont des finalités propres, des modalités de calculs spécifiques et, surtout, elles résultent de mécanismes différents.

M. le président. La parole est à M. Pierre Ouzoulias, pour présenter l'amendement n° 555.

M. Pierre Ouzoulias. Il est important de rappeler que les prestations d'assurance maladie correspondent à des revenus, pour lesquels les personnes ont cotisé, et qui viennent remplacer les revenus du travail quand ces derniers se trouvent interrompus.

Ces prestations, qui permettent à des personnes d'atteindre tout juste le seuil de subsistance, sont essentielles. Certaines d'entre elles sont en outre insaisissables. La fongibilité prévue par cet article risque donc de placer certains allocataires dans des situations de grande dépendance et vulnérabilité.

Madame la ministre, les membres de notre groupe vous avaient fait remarquer, à propos de l'article 17, que votre sensibilité à ces problèmes était variable, et que vous étiez d'une grande bienveillance à l'égard des entreprises. Nous aurions souhaité que cette bienveillance s'appliquât également aux particuliers.

C'est la raison pour laquelle nous nous opposerons à l'article 49.

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. D'une part, améliorer la récupération des indus est une nécessité pour les caisses. D'autre part, le mécanisme mis en place est très protecteur

pour les allocataires, la récupération ne pouvant se faire à partir d'une autre prestation qu'avec l'accord de l'intéressé. Le système semble équilibré.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements identiques, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 423 rectifié et 555.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 49.

(L'article 49 est adopté.)

Article 50

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Après le II de l'article L. 133-5-3, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :
- ③ « II *bis*. – Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis via la déclaration prévue au I ainsi que tout organisme versant des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, dont la liste est fixée par décret, adresse mensuellement à un organisme désigné par décret une déclaration sociale nominative comportant pour chacune des personnes tributaires de ces sommes et prestations, et après information de celles-ci, les informations relatives à ces versements. Cette déclaration est effectuée par voie électronique selon des modalités fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.
- ④ « Les données de cette déclaration servent uniquement au recouvrement des cotisations sociales, des contributions sociales et de certaines impositions, à la vérification de leur montant, à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ainsi qu'à l'accomplissement, par les administrations et organismes destinataires, de leurs missions.
- ⑤ « La transmission de cette déclaration permet d'accomplir les formalités déclaratives prévues à l'article 87-0 A du code général des impôts. » ;
- ⑥ 2^o L'article L. 133-5-4 est ainsi modifié :
- ⑦ a) (*nouveau*) Au premier alinéa, les mots : « de la déclaration mentionnée » sont remplacés par les mots : « des déclarations mentionnées » ;
- ⑧ b) Au deuxième alinéa, les mots : « salarié ou assimilé pour lequel » sont remplacés par les mots : « personne pour laquelle » ;
- ⑨ 3^o Après le 4^o de l'article L. 221-1, il est inséré un 4^o *bis* ainsi rédigé :
- ⑩ « 4^o *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et de ses ressortissants ; »
- ⑪ 4^o Après le 4^o de l'article L. 222-1, il est inséré un 4^o *bis* ainsi rédigé :

- ⑫ « 4^o *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ; »
- ⑬ 5^o Le 4^o de l'article L. 223-1 est ainsi rétabli :
- ⑭ « 4^o De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et allocataires ; »
- ⑮ 6^o Le 1^o du I de l'article L. 542-2 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; »
- ⑯ 7^o Le deuxième alinéa de l'article L. 831-4 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature. »
- ⑰ II. – Après le 10^o de l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 10^o *bis* ainsi rédigé :
- ⑱ « 10^o *bis* De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de lutte contre le non-recours aux prestations et de simplification des démarches des demandeurs et assurés ou allocataires ; ».
- ⑲ III. – Le 2 de l'article L. 351-3 du code de la construction et de l'habitation est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les conditions de prise en compte des ressources, notamment les périodes de référence retenues, peuvent varier en fonction de leur nature ; ».
- ⑳ IV. – Le II *bis* de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ㉑ « Les données issues de cette déclaration sont conservées pendant la durée nécessaire à l'ouverture et au calcul des prestations, dont la liste est fixée par décret, et pour la gestion desquelles ces données sont utilisées. »
- ㉒ V. – Une base des ressources commune aux organismes de sécurité sociale est créée le 1^{er} janvier 2019 et utilisée par ces organismes jusqu'à la date mentionnée au B du VI pour l'attribution de prestations ou leur calcul, en fonction des ressources des assurés ou allocataires.
- ㉓ Cette base contient les données relatives aux ressources des personnes pouvant demander ou percevant l'une de ces prestations, issues des déclarations mentionnées à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale et nécessaires pour la détermination des droits et le calcul de ces prestations.
- ㉔ Les personnels des organismes de sécurité sociale sont destinataires des seules données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions pour les allocataires relevant de leur champ de compétence, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.
- ㉕ Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé. Les données sont opposables aux bénéficiaires des prestations pour la gestion desquelles la base de ressources mensuelles est utilisée. En cas d'erreur constatée par une personne sur les données issues de cette base, la rectifi-

cation est opérée par la personne ayant assuré le versement et la déclaration des ressources concernées en application de l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

- ②⑥ Les personnes dont les données figurent dans la base mentionnée au présent V en sont individuellement informées.
- ②⑦ Les personnes demandant ou bénéficiant d'une prestation pour laquelle les données sur les ressources figurant dans la base prévue au présent V sont utilisées ne peuvent faire valoir le droit d'opposition à ce traitement de données.
- ②⑧ La base mentionnée au présent V est supprimée à la date mentionnée au B du VI.
- ②⑨ VI. – A. – Les I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019.
- ③⑩ B. – Le IV entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.
- ③⑪ C. – Au cours de l'année 2019, pour les revenus de l'année 2018, l'administration fiscale communique à la caisse nationale des allocations familiales et à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, selon les modalités prévues pour l'application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, les informations nominatives nécessaires pour déterminer, parmi les allocataires de ces caisses, ceux pouvant bénéficier des aides au logement. – *(Adopté.)*

TITRE IV

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 51

- 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 n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 647 millions d'euros pour l'année 2019.
- ② II. – 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 137 millions d'euros pour l'année 2019.

- ③ III. – 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 155 millions d'euros pour l'année 2019. – *(Adopté.)*

Article 51 bis (nouveau)

- ① I. – La section 6 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :
- ② « Section 6
- ③ « Art. L. 142-11. – Les frais résultant des consultations et expertises ordonnées par les juridictions compétentes en application des articles L. 141-1 et L. 141-2 ainsi que dans le cadre des contentieux mentionnés aux 5° et 6° de l'article L. 142-2 sont pris en charge par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.
- ④ « Un décret fixe les conditions dans lesquelles les frais exposés à ce titre peuvent être avancés par l'État ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont, dans ce cas, remboursés à ce dernier par l'organisme mentionné à l'article L. 221-1.
- ⑤ « Un arrêté détermine les conditions dans lesquelles les dépenses acquittées par la Caisse nationale de l'assurance maladie en application du présent article sont réparties entre les organismes du régime général de sécurité sociale, du régime de la mutualité sociale agricole, des régimes spéciaux mentionnés au livre VII et les organismes institués par le livre VI. »
- ⑥ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2019. – *(Adopté.)*

Article 52

- ① Pour l'année 2019, 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 218,0 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,4 milliards d'euros. – *(Adopté.)*

Article 53

- ① Pour l'année 2019, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :
- ②

(En milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	91,5
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4

Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5
Autres prises en charge	1,9
Total	200,3

M. le président. L'amendement n° 557, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Alinéa 2, tableau, seconde colonne

Rédiger cette colonne :

Objectif de dépenses
90,9
82,9
9,5
11,4
3,6
2
200,3

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Je ne retrouve plus mon argumentaire... L'amendement est défendu, monsieur le président ! (*Sourires.*)

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

Mme Catherine Deroche, rapporteur. Cet amendement, brillamment défendu par Mme Cohen (*Nouveaux sourires.*), prévoit une nouvelle répartition des crédits de l'ONDAM.

L'évolution proposée part d'un constat partagé, mais pourrait être contre-productive. En effet, en cas de dépassement de l'enveloppe de soins de ville, les mesures de régulation en cours d'exécution viendraient affecter les sous-ONDAM hospitalier ou médico-social. La nécessité de mieux calibrer l'ONDAM et de réguler les soins de ville appelle d'autres mesures.

Soulignons également que le taux d'évolution de ces dépenses, y compris à destination des établissements de santé, a déjà été revu à la hausse pour 2019.

En conséquence, l'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour explication de vote.

Mme Laurence Cohen. J'ai si brillamment défendu cet amendement qu'il me semble à présent nécessaire d'expliquer mon vote... (*Sourires.*)

Cet amendement vise à réécrire l'article 53. Vous le savez, madame la ministre, nous contestons la fixation de la revalorisation de l'ONDAM à 2,5 %, un taux particulièrement insuffisant, qui ne correspond même pas à l'évolution

naturelle des dépenses de santé de 4,5 %. Cet ONDAM impose donc nécessairement des restrictions budgétaires que nous condamnons.

À défaut de pouvoir supprimer l'article qui fixe l'ONDAM pour l'année 2019, nous avons souhaité, au travers de cet amendement, réduire le budget alloué aux soins de ville et répartir l'excédent en direction des cinq autres pôles de dépenses, notamment les établissements de santé, les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, ainsi que le Fonds d'intervention régional.

Cette nouvelle répartition des fonds a pour objectif d'apporter des ressources supplémentaires aux pôles de dépenses qui en manquent le plus, en particulier les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.

Nous essayons de faire bouger les lignes en avançant des contre-propositions qui s'inscrivent dans la logique qui est la vôtre, madame la ministre, mais c'est manifestement difficile. Nous regrettons donc que cet amendement ait reçu un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Vous laissez entendre, madame Cohen, que nous ne visons pas une budgétisation sincère de l'ONDAM hospitalier.

Je le précise, votre proposition reviendrait en réalité à établir un taux de progression du sous-objectif « ville » inférieur à 2 %, c'est-à-dire une évolution qui ne tiendrait pas compte de la prise en charge ambulatoire et des besoins de la population vieillissante en termes de maladies chroniques.

Vous avez une vision quelque peu déformée d'un ONDAM de ville, qui comprendrait uniquement les actes réalisés par les professionnels libéraux, par rapport à un ONDAM hospitalier qui ne concernerait que l'hôpital. En réalité, l'ONDAM de ville comprend également les indemnités journalières, en hausse, je le rappelle, de 4,5 % par an, les transports, dont la dynamique de hausse avoisine 5 % par an – il est important de pouvoir transporter les patients à l'hôpital –, et tous les médicaments prescrits à l'hôpital, mais achetés en ville.

Nous nous sommes engagés sur une progression de l'ONDAM de 2,5 %, avec des établissements de santé qui vont connaître l'an prochain la progression la plus élevée des cinq dernières années – l'ONDAM hospitalier progressera de 2,4 %, contre 2,2 % en 2018, et le soutien à l'investissement de près de 40 %.

De même, les établissements médico-sociaux verront leurs ressources progresser de 2,7 %, avec une accélération de la convergence tarifaire pour les EHPAD.

La construction de l'ONDAM doit se fonder sur la réalité des parcours de soins des patients et traduire des priorités de santé publique.

Tel qu'il est construit aujourd'hui, l'ONDAM est sincère. En revanche, celui que vous proposez ferait fi de tous nos efforts de sincérité budgétaire, qui nous permettent de dégager 400 millions d'euros d'efforts supplémentaires consacrés à la transformation de notre système de soins. Je tenais à le préciser.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 557.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 53.

(L'article 53 est adopté.)

Article 54

- ① I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 260 millions d'euros au titre de l'année 2019.
- ② II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 532 millions d'euros au titre de l'année 2019.
- ③ III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à un milliard d'euros au titre de l'année 2019.
- ④ IV. – Les montants mentionnés à l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont fixés, respectivement, à 254,2 millions d'euros et 8 millions d'euros pour l'année 2019.

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, sur l'article.

Mme Corinne Féret. Madame la ministre, 2018 va constituer le sixième exercice excédentaire consécutif pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, AT-MP. Celle-ci a apuré l'intégralité de sa dette en 2016, de sorte que son solde cumulé pourrait avoisiner les 5 milliards d'euros en 2020.

Les voyants sont au vert, ce qui ne signifie pas que les choses doivent rester en l'état. En effet, il convient, tout d'abord, d'accroître les actions de prévention, qui représentent aujourd'hui moins de 3 % des dépenses de la branche, mais aussi d'adapter cette dernière à son époque, en reconnaissant de nouveaux risques professionnels.

Je pense au premier chef au fléau de l'épuisement professionnel, plus connu sous le vocable de burn-out. Ce dernier prend de l'ampleur. Le barème indicatif des maladies professionnelles ne correspond plus à la réalité des pathologies psychiques liées à la souffrance au travail. Son inadaptation empêche, de fait, toute reconnaissance réelle de ces dernières. Je souhaite donc que la concertation lancée par le Gouvernement sur la question de la santé au travail permette de formuler des propositions sur ces pathologies connues, qui ne peuvent demeurer non reconnues.

Outre cette problématique du burn-out, je regrette que le Gouvernement n'ait pas profité de l'examen du projet de loi pour l'équilibre des relations commerciales avec le secteur agricole et alimentaire pour mettre en place un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytosanitaires, une excellente proposition avancée par notre collègue Nicole Bonnefoy dans une proposition de loi adoptée à l'unanimité au Sénat en février dernier. Les malades, victimes de pathologies professionnelles ou environnementales, n'ont plus le temps d'attendre. Il faut agir, c'est une question de justice sociale !

Un amendement sera déposé sur ce sujet, et un autre visera le chlordécone, pesticide reconnu comme cancérigène et perturbateur endocrinien, utilisé durant plus de vingt ans dans les bananeraies et qui a pollué pour des siècles des écosystèmes antillais.

Le fonds d'indemnisation que nous voulons créer a le mérite d'indemniser intégralement les victimes et d'être financé selon le principe du pollueur-payeur. Ce qui a été fait pour l'amiante doit être élargi. Nos concitoyens, partout en France, attendent que nous avancions sur ces questions.

En conclusion, je rappellerai que je représente un territoire fortement marqué par les ravages de l'amiante. Dans le Calvados, à Dives-sur-Mer, plus précisément dans « la vallée de la mort », comme on l'appelle, près de Condé-sur-Noireau, les victimes de l'amiante sont aujourd'hui légitimement en colère. Comment ne pas l'être lorsque l'on apprend, après des années de procédures, que le parquet a requis un non-lieu ? En matière d'amiante, on ne peut pas parler de date de contamination, mais de période d'exposition. Il faut donc adapter notre droit à cette réalité. Nous devons avancer !

M. le président. Je mets aux voix l'article 54.

(L'article 54 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 54

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 387 rectifié est présenté par Mme Féret, MM. Daudigny, Tourenne et Kanner, Mmes Grelet-Certainais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier, Rossignol, Van Heghe et Blondin, M. Fichet, Mme Guillemot, M. Magner, Mmes S. Robert et Monier, MM. Kerrouche, Tissot, Antiste, J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 558 est présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du second alinéa de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , ainsi que des pathologies psychiques liées au travail ».

La parole est à Mme Corinne Féret, pour présenter l'amendement n° 387 rectifié.

Mme Corinne Féret. Il s'agit d'un amendement d'appel. Les associations, dont la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés, la FNATH, se sont inquiétées d'un diptyque simplification-prévention dans le rapport remis au Premier ministre sur la santé au travail, socle de la concertation en cours – je l'évoquais tout à l'heure.

Il nous apparaît nécessaire que le projet de loi vise également une amélioration du système d'indemnisation des maladies professionnelles pour les victimes du travail. Nous pensons en particulier à une meilleure reconnaissance des troubles psychosociaux et du syndrome d'épuisement au travail, qui font partie des maladies hors tableau et que la condition du taux d'incapacité de 25 % empêche aujourd'hui de reconnaître comme maladies professionnelles en tant que telles.

Cette question, ainsi que celle de la revalorisation des rentes et prestations de la branche AT-MP – je rappelle que cette branche est excédentaire –, fait-elle partie intégrante de la concertation en cours, madame la ministre ?

M. le président. La parole est à M. Pierre Ouzoulias, pour présenter l'amendement n° 558.

M. Pierre Ouzoulias. Cet amendement vise lui aussi l'épuisement moral au travail – ce que nous appelions jadis, dans la langue de Molière, le *nervous breakdown*, et que nous qualifions aujourd'hui de burn-out. Vous me permettrez pour ma part d'utiliser en français le terme de collapsus, pour vous faire part des études montrant qu'un tiers des travailleurs pourraient aujourd'hui être touchés par ces troubles majeurs.

Je le rappelle, ces troubles peuvent également toucher la fonction publique. Et malheureusement, quand ils touchent des policiers, les conséquences peuvent être dramatiques.

Au travers de cet amendement, nous vous demandons que ces troubles soient mieux reconnus et identifiés. Nous devons disposer d'études statistiques quantifiant l'ampleur du phénomène. Tel est l'objet de cet amendement, qui vise à compléter l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ces amendements identiques visent à élargir le champ de la commission d'évaluation de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles aux pathologies psychiques.

Le rapport de la commission d'évaluation de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles se penche d'ores et déjà sur la problématique des pathologies psychiques liées au travail, qui font l'objet d'une voie dérogatoire pour leur reconnaissance comme maladie professionnelle au travers des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Rappelons néanmoins la difficulté de cette reconnaissance, les pathologies psychiques étant, pour une bonne part, traitées comme des accidents du travail.

La commission émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 387 rectifié et 558.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 181 rectifié *ter*, présenté par MM. Perrin et Raison, Mme L. Darcos, MM. Rapin, Magras, Mouiller, Longuet, Vaspart, Mayet, D. Laurent, Longeot, Détraigne et Gremillet, Mme Lamure, MM. Mandelli et Darnaud, Mmes Deromedi et A. M. Bertrand, MM. Regnard et Lefèvre, Mmes N. Delattre et Bonfanti-Dossat, M. Brisson, Mmes Garriaud-Maylam, Gruny et Imbert et MM. Danesi, Babary, Duplomb, Genest et Segouin, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la loi ou le règlement prévoit des mesures alternatives de prévention des accidents du travail ou des maladies professionnelles, les caisses régionales ne peuvent, dans le cadre des dispositions générales qu'elles adoptent ou d'une injonction adressée à un employeur sur le fondement du 1°, imposer ou exclure l'une ou plusieurs de ces mesures. Si elle estime qu'une mesure assure une prévention insuffisante, une caisse régionale en fait part sans délai à la caisse nationale de l'assurance maladie et aux autorités compétentes de l'État. »

La parole est à M. Philippe Mouiller.

M. Philippe Mouiller. Cet amendement a été déposé par notre collègue Cédric Perrin. Au titre du principe de précaution conçu dans son sens le plus large, certaines caisses d'assurance retraite et de santé au travail, ou CARSAT, imposent systématiquement des mesures collectives et permanentes aux maîtres d'ouvrage des bâtiments.

À l'échelon national, cette approche maximaliste de certaines CARSAT soulève des difficultés, que ce soit un problème d'équité entre les maîtres d'ouvrage, une incohérence patente entre les différents codes de la construction et de l'habitation, du travail et de la sécurité sociale, qui place les maîtres d'ouvrage dans l'insécurité juridique, ou un impact financier souvent non négligeables des surprescriptions, qui se traduit par des travaux ou cotisations supplémentaires en cas d'inobservation de la recommandation des CARSAT.

Au regard des lourdes conséquences juridiques et économiques pour les entreprises, cet amendement tend à préciser que, lorsque la loi ou le règlement prévoit des mesures alternatives, une CARSAT ne saurait « inviter » un employeur à recourir obligatoirement à l'une de ces mesures ou, inversement, à exclure l'une de ces mesures.

Il consacre également la faculté des CARSAT de faire monter à l'échelon national une faille des mesures de prévention qu'elles auraient pu identifier, afin de permettre au pouvoir réglementaire d'harmoniser les mesures de prévention sur l'ensemble du territoire.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. En tant qu'assureurs, les CARSAT sont capables d'identifier les entreprises où la sinistralité est la plus importante, ce qui leur permet de cibler leurs interventions et de proposer des actions pertinentes et opérationnelles.

Dans la prévention de certains accidents du travail présentant un fort risque de mortalité, il est parfaitement légitime que les CARSAT proposent des mesures complémentaires

adaptées au contexte particulier de chaque entreprise. Il y va de la sécurité des salariés, et il revient aux CARSAT de procéder à des injonctions si nécessaire, puisque leur responsabilité est engagée.

En conséquence, l'avis de la commission est défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. J'ajoute que si les entreprises jugent les propositions inadaptées, elles peuvent les contester auprès des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, les DIRECCTE.

Toutes les actions de prévention s'appuient sur des référentiels figurant dans le code du travail et issus d'un travail de concertation entre partenaires sociaux au sein la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Les garde-fous sont donc nombreux.

L'adoption de cet amendement risquerait d'augmenter le nombre de contentieux entre les entreprises et les CARSAT. Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Mouiller, l'amendement n° 181 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Philippe Mouiller. Nous connaissons bien la mission des CARSAT vis-à-vis des entreprises, monsieur le rapporteur.

Quant aux référentiels, madame la ministre, leur interprétation par les CARSAT varie selon les territoires. Cela pose problème, et le nombre de contentieux est déjà très important. Les collectivités territoriales sont souvent obligées de saisir les tribunaux administratifs. Comment peut-on assurer plus de sécurité aux entreprises en évitant ces différences d'interprétation ? Il conviendrait peut-être de mieux informer les CARSAT sur la bonne lecture des référentiels, ou de préciser ces derniers.

Cela dit, je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 181 rectifié *ter* est retiré.

L'amendement n° 465 rectifié *ter*, présenté par MM. Jomier, Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais, Jasmin, Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet, Antiste, J. Bigot et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mme S. Robert, M. Tissot, Mme M. Filleul, MM. P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le quatrième alinéa de l'article L. 461-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés aux articles L. 1313-1 et L. 1413-1 du code de la santé publique et à l'article L. 4642-1 du code du travail remettent tous les trois ans aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du travail, au directeur général de l'organisme mentionné à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale et au président du conseil d'administration de l'organisme mentionné à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime un rapport examinant les besoins de création ou de révision des tableaux

mentionnés aux alinéas précédents, à partir de données épidémiologiques réactualisées dans le domaine de la santé au travail. »

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet amendement a pour objet la révision des tableaux des maladies professionnelles.

Selon un large consensus, l'élaboration actuelle de ces tableaux n'est pas satisfaisante. En 2008 déjà, la Cour des comptes constatait que la présomption d'imputabilité relevait davantage de la négociation que de critères scientifiquement établis. Nous proposons donc, à travers cet amendement, d'inscrire un rendez-vous régulier d'évaluation, et donc d'évolution potentielle des tableaux de maladies professionnelles, sur le fondement d'une expertise scientifique.

L'amendement a pour objet que l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, l'ANSES, l'Agence nationale de santé publique, et l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail transmettent tous les trois ans à la CNAM et à la Caisse de la MSA leurs propositions d'évolution de ces tableaux.

Aujourd'hui – c'est d'ailleurs un signe évident de dysfonctionnement –, le taux de dossiers transmis qui ne correspondent pas à des maladies inscrites au tableau est bien trop élevé, et le taux de reconnaissance bien trop bas. C'est pourquoi nous voulons modifier le processus d'élaboration de ces tableaux.

Naturellement, c'est à l'État que la loi confie l'initiative de créer ou de modifier par décret les tableaux de maladies professionnelles. L'évolution législative que nous proposons nous semble nécessaire, mais l'État aura la responsabilité de s'emparer de ces points d'étape triennaux pour acter les modifications nécessaires, dans l'intérêt des personnes concernées.

Je voudrais enfin remercier M. le rapporteur de ses conseils avisés dans la rédaction de cet amendement.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Je remercie à mon tour M. Jomier d'avoir déposé cet amendement, dont les dispositions vont dans le bon sens. Nous avons en effet travaillé ensemble à une rédaction plus efficace.

L'adoption de cet amendement permettra d'obtenir des agences sanitaires un avis périodique sur les besoins de reconnaissance des maladies professionnelles, à partir de données objectives, épidémiologiques et scientifiques.

Le Gouvernement nous rappellera sans doute que c'est déjà le rôle de la Commission d'évaluation de la sous-reconnaissance. Toutefois, force est de constater que ce travail d'objectivation scientifique fait défaut ; vous l'avez vous-même reconnu devant la commission des affaires sociales, madame la ministre. Espérons que l'adoption de cet amendement incitera l'État et les partenaires sociaux à sortir d'une forme d'inertie en matière de reconnaissance des maladies professionnelles, car cela devient urgent.

C'est pourquoi nous avons émis un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Nous partageons votre constat, monsieur Jomier. Je vois toutefois plutôt dans votre proposition un amendement d'appel.

S'agissant de la régularité des révisions, le programme de travail de la CS4 est d'ores et déjà fixé chaque année par l'État, après avis des membres de la commission. Pour mémoire, celle-ci comprend des représentants des administrations concernées, des salariés, des employeurs et des organismes nationaux d'expertise et de prévention – CNAM, HAS, INSERM, ANSES... –, ainsi que des personnalités qualifiées.

Ce n'est donc pas tant la question du rythme d'évolution des tableaux que celle de leurs méthodes d'élaboration qui se pose. Or cet amendement n'a pas vraiment pour objet la façon dont les méthodes de révision sont validées, pas plus que les principes sur lesquels elles reposent.

Je continue de travailler sur la qualité scientifique des évaluations et d'explorer les voies permettant de faire reposer l'évolution des tableaux sur des connaissances robustes. C'est, me semble-t-il, l'enjeu principal.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement, qui est d'ailleurs déjà en partie satisfait.

M. le président. Monsieur Jomier, l'amendement n° 465 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Bernard Jomier. Cet amendement vise non pas seulement la périodicité des révisions, mais aussi leur fondement scientifique, avec l'appel aux agences concernées...

Je m'en remets donc à la sagesse de M. le rapporteur !
(*Sourires.*)

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Je risque de n'être guère plus sage que vous, mon cher collègue ! (*Nouveaux sourires.*)

Certes, vous prendrez ce que vous souhaitez dans cet amendement, madame la ministre. Si nous vous rejoignons sur la question de la périodicité, vous dites aussi avoir besoin, pour fonder vos avis, de méthodes scientifiques plus solides. S'il est de la responsabilité de l'État de les établir, l'adoption de cet amendement peut inciter à avancer en ce sens.

Je suggère de maintenir cet amendement.

M. Bernard Jomier. Je le maintiens donc, monsieur le président !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 465 rectifié *ter*.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 54.

L'amendement n° 550 rectifié, présenté par Mmes Cohen, Apourceau-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I *bis* de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi rédigé :

« I *bis*. – Pour la détermination de l'âge d'accès à l'allocation est prise en compte la durée totale du travail ouvrant droit à une cessation anticipée d'activité dans un ou plusieurs régimes, qu'il s'agisse du régime général de sécurité sociale dans les conditions mentionnées au troisième et septième alinéa du I du présent

article ou de celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par ces dispositifs. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement vise à répondre à une interpellation que nous avons reçue de la part de victimes de l'amiante. En effet, il est toujours complexe de faire reconnaître son exposition à une matière dont on sait pourtant qu'elle a tué, et qu'elle continue de tuer, des centaines de milliers de personnes dans le monde, notamment en France.

Qu'il s'agisse de faire valoir ses droits de victimes ou de faire reconnaître un site comme amianté, c'est toujours un parcours du combattant, doublé d'une course contre la montre. Ma collègue Cathy Apourceau-Poly a d'ailleurs été interpellée récemment par des agents de la SNCF qui souhaitent faire reconnaître la présence d'amiante dans les ateliers, mais qui sont bloqués par la raison d'État. En effet, reconnaître l'exposition à l'amiante de quelques cheminots, c'est reconnaître tous les ateliers comme potentiellement amiantés, avec le risque de sommes importantes à déboursier par l'État.

Nous sommes ici dans le cas plus précis de travailleurs souhaitant faire valoir leur droit à l'allocation pour cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, l'ACAATA, et qui se trouvent en contradiction, voire en opposition avec certaines CARSAT.

En effet, il semblerait que certaines d'entre elles ne tiennent pas compte de la correction effectuée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et opposent une fin de non-recevoir aux potentiels allocataires, dès lors que ceux-ci auraient été exposés alors qu'ils étaient affiliés à un régime spécial. C'est particulièrement vrai pour les marins et dockers à Calais, Dunkerque ou ailleurs, qui ont été exposés des années durant à la fibre d'amiante et qui ont des difficultés à percevoir cette allocation.

Par cet amendement de réécriture, nous souhaitons assurer une base légale claire au respect des droits de ces travailleurs.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. La modification, en 2012, de l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998, relatif à l'ACAATA, avait précisément pour objectif de permettre aux salariés ayant relevé de plusieurs régimes de sécurité sociale d'avoir les mêmes droits que ceux qui avaient relevé d'un seul régime. La rédaction actuelle de cet article permet donc déjà le cumul des périodes travaillées dans les établissements où le salarié a été exposé à l'amiante, que l'intéressé soit affilié au régime général ou à un régime spécial.

L'adoption de cet amendement permettrait de procéder à un rappel. Toutefois, si les pratiques des CARSAT varient d'un département à l'autre, la CNAM doit pouvoir les contraindre à une harmonisation.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Cet amendement vise à réécrire une disposition qui figure déjà dans la loi. Son intérêt ne me semble donc pas évident. Une telle disposition ne va pas améliorer les pratiques sur le terrain et résoudre les

problèmes que vous dénoncez. Je le rappelle, si des difficultés d'application se posent, les dossiers peuvent être signalés auprès des services de médiation des caisses, ou même au ministère des solidarités et de la santé.

Je ne vois pas l'intérêt de modifier la loi, qui prévoit déjà la prise en charge des patients couverts par d'autres régimes. Je rappellerai la règle applicable aux caisses et leur demanderai d'être particulièrement vigilantes sur ce sujet, mais je sollicite le retrait de cet amendement, qui en réalité est satisfait.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 550 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. J'entends vos arguments, madame la ministre.

Toutefois, cet amendement étant plus particulièrement porté par ma collègue Cathy Apourceau-Poly, qui a dû regagner son territoire, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 550 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 440 rectifié, présenté par MM. Lurel, Antiste et J. Bigot, Mmes Conconne et Jasmin, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret et Grelet-Certenais, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mme S. Robert, M. Tissot, Mme M. Filleul, MM. P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Un décret pris en Conseil des ministres fixe les conditions de la reconnaissance en tant que maladie professionnelle des affections provoquées par l'exposition au chlordécone.

La parole est à Mme Victoire Jasmin.

Mme Victoire Jasmin. À la suite de son passage en Martinique, en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, le Président de la République a fait des annonces relatives à la reconnaissance du chlordécone comme maladie professionnelle. Le présent amendement vise à prendre en compte cet engagement.

Je souhaite rappeler que le chlordécone est un pesticide toxique qui a été utilisé durant plus de vingt ans, entre 1972 et 1993, dans les bananeraies de Guadeloupe et de la Martinique. Conçu pour lutter contre le charançon du bananier, il a malheureusement pollué nos sols pour des siècles.

Classée cancérigène possible par l'Organisation mondiale de la santé dès 1979, la molécule a continué d'être utilisée dans nos départements malgré son retrait du territoire hexagonal. Son interdiction n'est intervenue que le 30 septembre 1993.

Cet amendement tend à traduire juridiquement l'engagement public du Président de la République, selon lequel une procédure permettant de reconnaître l'exposition au chlordécone comme maladie professionnelle sera ouverte.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Le Président de la République s'est engagé, à la fin du mois de septembre 2018, à la reconnaissance comme maladie professionnelle de l'exposition au chlordécone.

Afin d'actualiser les tableaux des maladies professionnelles, l'INSERM, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, et l'ANSES, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, doivent rendre, d'ici à mars 2019, leurs travaux d'évaluation de l'impact du chlordécone. C'est à partir de ces travaux que les partenaires sociaux pourront entamer des négociations sur les conditions de reconnaissance des maladies en lien avec l'exposition à cette molécule. L'objectif de cet amendement semble donc satisfait, les choses étant en voie de règlement.

Par conséquent, la commission demande le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Madame la sénatrice, nous avons tenu les engagements que nous avons pris, puisque les travaux visant à la création de tableaux de maladies professionnelles ont été lancés par les instances dédiées de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et du régime agricole.

Ces deux instances, composées des administrations concernées, des partenaires sociaux et des organismes d'expertise, ont inscrit la thématique des produits phytosanitaires, dont le chlordécone, dans le programme de travail pour 2019, afin de définir quelles seront les maladies reconnues pour les travailleurs exposés.

Ces instances s'appuieront sur l'expertise scientifique de l'INSERM, qui a été saisi par les ministères de la santé et de l'agriculture pour actualiser son expertise collective de 2013, *Pesticides : effets sur la santé*. Nous avons demandé à l'INSERM de donner une priorité à la question du chlordécone. À l'issue des travaux de ces instances, les tableaux pourront être créés par décret simple d'ici à la fin de l'année 2019.

Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait. À défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. Madame Jasmin, l'amendement n° 440 rectifié est-il maintenu ?

Mme Victoire Jasmin. J'entends les arguments du rapporteur et de la ministre, mais on ne peut pas considérer que cet amendement est satisfait ! Au mieux, le problème est en cours de résolution, puisque vous venez de dire, madame la ministre, que l'INSERM et les autres parties prenantes allaient travailler sur la question.

C'est pourquoi je maintiens mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 440 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 474 rectifié, présenté par Mme Bonnefoy, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet, Antiste et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mmes S. Robert et M. Filleul, MM. Tissot, J. Bigot, P. Joly, Mazuir, Jacquin, Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après le chapitre III du titre V du livre II du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre ...

« Dispositions relatives à la réparation intégrale des préjudices directement causés par l'utilisation des produits phytopharmaceutiques

« Section 1 – Réparation des divers préjudices

« *Art. L. 253-19.* – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices : les personnes qui ont obtenu la reconnaissance, au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, d'une maladie professionnelle occasionnée par les produits phytopharmaceutiques mentionnés à l'article L. 253-1. »

« Section 2 – Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques

« *Art. L. 253-20.* – Il est créé un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, personne morale de droit privé. Il groupe toutes les sociétés ou caisses d'assurances et de réassurances mutuelles agricoles.

« Ce fonds a pour mission de réparer les préjudices définis à l'article L. 253-19. Il est représenté à l'égard des tiers par son directeur.

« *Art. L. 253-21.* – Le demandeur justifie de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et de l'atteinte à l'état de santé de la victime. Il informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au présent article éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il en informe le juge de la saisine du fonds.

« En l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle. Elle suspend le délai prévu à l'article L. 253-23 jusqu'à ce que l'organisme concerné communique au fonds les décisions prises. En tout état de cause, l'organisme saisi dispose pour prendre sa décision d'un délai de trois mois, renouvelable une fois si une enquête complémentaire est nécessaire. Faute de décision prise par l'organisme concerné dans ce délai, le fonds statue dans un délai de trois mois.

« Le fonds examine si les conditions d'indemnisation sont réunies. Il recherche les circonstances de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toutes investigations et expertises utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.

« Au sein du fonds, une commission médicale indépendante se prononce sur l'existence d'un lien entre l'exposition aux produits phytopharmaceutiques

et la survenue de la pathologie. Sa composition est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des outre-mer et de l'agriculture.

« Vaut justification de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par ces produits au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Vaut également justification du lien entre l'exposition à des produits phytopharmaceutiques et le décès la décision de prise en charge de ce décès au titre d'une maladie professionnelle occasionnée par des produits phytopharmaceutiques en application de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité.

« Dans les cas valant justification de l'exposition aux produits phytopharmaceutiques mentionnés aux deux alinéas précédents, le fonds peut verser une provision si la demande lui en a été faite. Il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.

« Le fonds peut demander à tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

« Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

« Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical et du secret industriel et commercial.

« *Art. L. 253-22.* – Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. À défaut de consolidation de l'état de la victime, l'offre présentée par le fonds a un caractère provisionnel.

« Le fonds présente une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

« L'offre définitive est faite dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le fonds a été informé de cette consolidation.

« Le paiement doit intervenir dans un délai d'un mois à compter de la réception par le fonds de l'acceptation de son offre par la victime, que cette offre ait un caractère provisionnel ou définitif.

« L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue à l'article L. 253-23 vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives allouant une indemnisation intégrale pour les conséquences de l'exposition à des produits phytopharmaceutiques.

« Art. L. 253-23. – Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné à l'article L. 253-22 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

« Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

« Art. L. 253-24. – Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

« Le fonds intervient devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, notamment dans les actions en faute inexcusable, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices; il intervient à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

« Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

« La reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, à l'occasion de l'action à laquelle le fonds est partie, ouvre droit à la majoration des indemnités versées à la victime en application de la législation de sécurité sociale. L'indemnisation à la charge du fonds est révisée en conséquence.

« Art. L. 253-25. – Le fonds est financé par :

« 1° L'affectation d'une fraction du produit de la taxe prévue à l'article L. 253-8-2;

« 2° Les sommes perçues en application de l'article L. 253-23;

« 3° Les produits divers, dons et legs.

« Art. L. 253-26. – Les demandes d'indemnisation doivent être adressées au fonds dans un délai de dix ans.

« Pour les victimes, le délai de prescription commence à courir à compter de :

« – pour la maladie initiale, la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux produits phytopharmaceutiques ;

« – pour l'aggravation de la maladie, la date du premier certificat médical constatant cette aggravation dès lors qu'un certificat médical précédent établissait déjà le lien entre cette maladie et une exposition aux produits phytopharmaceutiques. »

« Art. L. 253-27. – L'activité du fonds fait l'objet d'un rapport annuel remis au Gouvernement et au Parlement avant le 30 avril.

« Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le délai fixé au premier alinéa de l'article L. 253-23 est porté à douze mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné au précédent alinéa. »

II – Le VI de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

« VI. – Le produit de la taxe est affecté :

« 1° En priorité, à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, dans la limite du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance défini à l'article L. 253-8-1 du présent code et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits phytopharmaceutiques ;

« 2° Pour le solde, au Fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques. »

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Cet amendement vise à reprendre l'intégralité de la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, déposée par le groupe socialiste du Sénat et adoptée à l'unanimité de la Haute Assemblée le 1^{er} février dernier.

Il tend à permettre la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, par la création d'un fonds d'indemnisation abondé par les fabricants de ces produits.

Il vise toutefois à restreindre le champ de son action aux maladies d'origine professionnelle. Son adoption répondra ainsi à certaines inquiétudes et permettra l'adoption de ce dispositif majeur.

Enfin, je rappelle que la création de ce fonds est en phase avec les conclusions d'un récent rapport publié par trois inspections de l'État : l'Inspection générale des affaires sociales, l'Inspection générale des finances et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Cet amendement vise effectivement à reprendre la proposition de loi de notre collègue Nicole Bonnefoy, que nous avons adoptée en février dernier.

L'avis de la commission est donc favorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Je ne comprends pas très bien, parce que l'article 81 de la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire, récem-

ment adoptée par le Parlement, prévoit la remise d'un rapport, dans un délai de six mois suivant la promulgation de la loi, sur le financement et les modalités de la création d'un tel fonds.

Des débats ont eu à l'occasion de l'examen de ce texte, et il ne me semble pas légitime de les recommencer aujourd'hui à l'occasion du PLFSS, alors que le rapport n'a pas été rendu.

Je rappelle que, parallèlement, nous avons demandé une expertise collective à l'INSERM et à l'ANSES pour bien définir les maladies qui pourraient être reconnues comme professionnelles. C'est un élément indispensable avant d'envisager de créer un fonds d'indemnisation.

Ainsi, deux rapports préparatoires sont en cours de rédaction, et nous mettons en œuvre une démarche clairement volontariste en vue de renforcer la prévention des risques professionnels et améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles, notamment celles qui sont liées aux produits phytopharmaceutiques. Avant de créer le fonds, nous devons définir son périmètre et les maladies qui devront être indemnisées ; les rapports en préparation sont indispensables pour cela.

C'est pourquoi je demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 474 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 54.

L'amendement n° 559, présenté par Mmes Cohen, Apourcaeu-Poly, Lienemann et les membres du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 54

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Il est instauré un malus, fixé par voie réglementaire, sur les cotisations des employeurs dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les entreprises n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle.

La détermination de l'effort de l'employeur en matière de prévention et de lutte contre les maladies professionnelles se fait sur la base de critères définis par voie réglementaire à partir du bilan social de l'entreprise, défini aux articles L. 2312-28 à L. 2312-35 du code du travail.

La parole est à M. Pierre Ouzoulias.

M. Pierre Ouzoulias. Les dispositions de cet amendement trouvent leur origine dans une proposition faite dans le rapport parlementaire n° 1 181 relatif aux maladies professionnelles dans l'industrie et reprise ensuite par le Premier président de la Cour des comptes à l'occasion de son audition devant la commission des affaires sociales.

Il tend à proposer la création d'un malus sur les cotisations des employeurs. Ce dispositif consisterait à augmenter les taux de cotisation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, lorsque les entreprises présentent une sinistralité anormalement élevée par rapport aux autres entreprises exerçant des activités similaires.

Cette mesure a un double objectif.

Le premier est d'inciter les entreprises à avoir de bonnes pratiques en termes de sécurité et de sanctionner les employeurs qui n'ont pas pris toutes les mesures nécessaires pour prévenir les risques. En effet, la loi impose aux employeurs une obligation de sécurité à l'égard de leurs salariés et, si un employeur manque à son obligation, il est légitime qu'il soit sanctionné, d'autant que ce manquement a des répercussions directes sur les salariés.

Le second objectif est d'éviter de faire peser sur la branche accidents du travail et maladies professionnelles, donc sur la solidarité nationale, la négligence des employeurs. Certes, il existe déjà un dispositif de variation des taux, mais il est inefficace, vous le savez. En effet, il s'agit d'une sorte de forfait, qui ne tient pas réellement compte de la situation de l'entreprise ou de sa taille, traitant de la même façon par exemple une petite association et une grande entreprise.

Le dispositif que nous vous proposons est plus juste, car il est fondé sur les cotisations sociales. Il prend donc en compte la taille de l'entreprise et le nombre de ses salariés.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Je partage cette préoccupation, mais elle me paraît satisfaite par des dispositifs déjà mis en place ou qui le seront prochainement.

À partir de 2022, le dispositif « prime-signal » permettra par exemple de majorer le taux de cotisation des entreprises de 10 à 19 salariés ayant des accidents du travail récurrents, dans la limite de 10 %. Par ailleurs, le code de la sécurité sociale autorise déjà les CARSAT à appliquer une cotisation supplémentaire aux entreprises qui méconnaissent leurs obligations en matière de prévention.

C'est pourquoi la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, son avis serait défavorable.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Même avis, pour les mêmes raisons.

M. le président. Monsieur Ouzoulias, l'amendement n° 559 est-il maintenu ?

M. Pierre Ouzoulias. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 559.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 54 bis (nouveau)

À la fin du premier alinéa du IV de l'article 28-6 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, l'année : « 2020 » est remplacée par l'année : « 2022 ». – *(Adopté.)*

Article 55

- ① Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,5 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 12,2 milliards d'euros.

M. le président. L'amendement n° 565 rectifié *bis*, présenté par MM. Henno et Mizzon, Mme Guidez, M. Moga, Mmes C. Fournier, Loiser et Goy-Chavent, M. Longeot, Mme Vullien, MM. Janssens et Kern, Mme Létard et M. D. Dubois, n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'article 55.

(L'article 55 est adopté.)

Article 56

- ① Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 241,2 milliards d'euros ;

- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 136,9 milliards d'euros. – (Adopté.)

Article 57

Pour l'année 2019, les objectifs de dépenses de la branche Famille de la sécurité sociale sont fixés à 50,3 milliards d'euros. – (Adopté.)

Article 58

- ① Pour l'année 2019, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées ainsi qu'il suit :
- ②

(En milliards d'euros)	
Prévision de charges	
Fonds de solidarité vieillesse	18,4

- ③ – (Adopté.)

Article additionnel après l'article 58

M. le président. L'amendement n° 473 rectifié, présenté par M. Tissot, Mme Taillé-Polian, MM. Daudigny et Kanner, Mmes Féret, Grelet-Certenais et Jasmin, M. Jomier, Mmes Lubin, Meunier et Rossignol, M. Tourenne, Mmes Van Heghe et Blondin, MM. Fichet, Antiste et Cabanel, Mme Guillemot, MM. Kerrouche et Magner, Mme Monier, M. Montaugé, Mmes S. Robert et M. Filleul, MM. J. Bigot, P. Joly, Mazuir et Jacquin, Mme Bonnefoy, M. Duran et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes publie le 1^{er} janvier de chaque année, un rapport permettant de mesurer annuellement le taux de non-recours aux minima sociaux. Ce rapport présente de manière précise et détaillée une évaluation du coût économique du non-recours aux minima sociaux.

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement vise à instaurer une mesure annuelle des taux de non-recours aux minima sociaux. Il tend à créer à cet effet une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, chargée de rédiger et publier ce rapport le 1^{er} janvier de chaque année.

L'Observatoire des non-recours aux droits et services, l'ODENORE, a dressé la typologie du phénomène de non-recours aux minima sociaux, mais aujourd'hui nous sommes dans l'incapacité de chiffrer ce taux de non-recours. Or, afin de lutter contre ce fléau, il est incontournable de disposer d'une information précise et détaillée sur le sujet.

Une prestation sociale est accessible, si elle trouve son public et si la fraction de la population qu'elle est destinée à aider la reçoit. Sinon, son service social rendu est faible, son utilité aussi.

La persistance d'un taux de non-recours élevé à une prestation doit inciter les pouvoirs publics à réexaminer la façon même dont elle a été conçue et à s'interroger sur sa pertinence. S'agissant des minima sociaux, l'enjeu est de taille, puisque ces derniers figurent parmi les principaux outils de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.

Par cet amendement, nous proposons de sortir de l'omerta et d'analyser précisément le phénomène du non-recours aux minima sociaux.

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

M. Gérard Dériot, rapporteur. Il s'agit en fait d'une demande de rapport.

M. Yves Daudigny. Ce n'est pas la première !

M. Gérard Dériot, rapporteur. Justement ! (Sourires.) De toute façon, les informations que vous demandez sont disponibles par ailleurs.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. C'est un sujet important, et je souhaite apporter quelques précisions, parce que je ne voudrais pas laisser penser que nous ne sommes pas mobilisés sur cette question.

La lutte contre le non-recours aux droits est l'un des objectifs majeurs de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Nous avons décidé de moderniser la délivrance des prestations sociales et des minima sociaux, en limitant notamment les démarches administratives pour les demandeurs et en détectant mieux, par la modernisation de l'outil informatique et l'utilisation de ce que l'on appelle le *data mining*, les personnes qui ne recourent pas à leurs droits. Ces actions sont déjà engagées.

Ensuite, nous pensons qu'il faut rénover le travail social. Pour cela, la stratégie de lutte contre la pauvreté prévoit l'organisation d'un premier accueil social inconditionnel de proximité et du référent de parcours.

Nous avons aussi mis en place un comité d'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté, qui va suivre au long cours l'impact de l'ensemble des mesures que nous avons

prises à partir des méthodes scientifiques les plus pertinentes. Il y aura bien, dans ce cadre, une évaluation du taux de non-recours aux droits. Un rapport annuel supplémentaire sur le sujet, outre celui que publiera le comité de suivi, ne nous paraît pas pertinent.

Enfin, nombre de mesures ont été prises par la caisse nationale des allocations familiales, la CNAF, dont la convention d'objectifs et de gestion prévoit l'évaluation du taux de non-recours. Vous le voyez, c'est un sujet important, pour lequel nous avons pris des mesures.

Cet amendement est donc satisfait. C'est pourquoi je vous propose de le retirer. À défaut, j'y serais défavorable.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 473 rectifié est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. N'étant pas le premier signataire de cet amendement, je vais le maintenir, mais je prends acte des explications de Mme la ministre et je les transmettrai à Jean-Claude Tissot.

Je maintiens donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 473 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(La quatrième partie du projet de loi est adoptée.)

M. le président. Nous avons achevé l'examen des articles de ce texte.

Je vous rappelle que les explications de vote sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le vote par scrutin public se dérouleront mardi 20 novembre.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous arrivons au terme de nos débats, puisque nous voterons l'ensemble de ce texte mardi prochain.

Je voudrais à ce stade adresser mes remerciements à Mme la ministre, qui a su, avec constance et intelligence, malgré les turbulences, garder le sourire et manifester de l'empathie pour l'ensemble des sénatrices et des sénateurs. Madame la ministre, vous associez tous vos collaborateurs à mes remerciements.

Je salue également les rapporteurs de ce texte, qui ont réalisé un travail remarquable – c'est une habitude! –, ainsi que l'équipe de fonctionnaires de la commission des affaires sociales, que je qualifie souvent de Rolls-Royce. *(Applaudissements.)*

Mme Catherine Deroche, rapporteur. C'est vrai!

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Enfin, je remercie les présidents de séance qui se sont succédé durant cette semaine – nous apprécions

toujours leur main de fer dans un gant de velours *(Sourires.)* –, ainsi que l'ensemble des fonctionnaires du Sénat.

Au moment de son dépôt, ce projet de loi comportait 58 articles; le texte qui a été adopté par l'Assemblée nationale, 87; celui que le Sénat est invité à adopter mardi prochain, 95, dont 51 ont été votés conformes, soit plus de la moitié du texte. Nous avons modifié 29 articles, nous en avons supprimé 7 et ajouté 22, ce qui n'est finalement pas si considérable.

Pour terminer, vous allez me dire que j'ai oublié quelqu'un... Il est vrai que je n'ai pas remercié le ministre de l'action et des comptes publics, M. Darmanin. J'ai évidemment une pensée particulière pour lui: j'avais beaucoup apprécié notre travail commun, qui s'est déroulé dans une ambiance agréable et amicale. J'ai nettement moins apprécié son intervention de ce matin à la télévision, sur une chaîne d'information en continu, puisqu'il a parlé de « l'hypocrisie » du Sénat. *(Exclamations sur plusieurs travées.)*

Je dois dire que le terme d'« hypocrisie » me choque un peu. Le ministre évoquait la mesure que nous avons adoptée pour les organismes complémentaires d'assurance maladie, les OCAM. Il a d'ailleurs fait une erreur, en parlant des « complémentaires retraite », qui n'existent pas. S'agit-il d'une méconnaissance, ou d'une précipitation? En réalité, nous n'avons prélevé un milliard d'euros que sur les OCAM en général. J'expliquerai pourquoi nous l'avons fait mardi prochain, mais vous pouvez d'ores et déjà lire le communiqué de presse que nous avons publié sur ce sujet, mes chers collègues.

Il faudra surtout que nous expliquions à M. Darmanin que cette mesure découle simplement de la décision du Gouvernement d'amputer de deux milliards d'euros le pouvoir d'achat des retraités. Le prélèvement sur les OCAM permet de financer partiellement la revalorisation des pensions.

Nous pourrions expliquer tout cela à M. Darmanin mardi prochain. Malgré tout, je le salue, en espérant que « l'hypocrisie » n'est pas partagée.

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

Mme Agnès Buzyn, ministre. Au nom de Gérald Darmanin *(Sourires sur plusieurs travées.)* et en mon nom, je souhaite remercier le président de la commission des affaires sociales, ainsi que l'ensemble des rapporteurs et des sénateurs de la qualité de nos échanges et du travail réalisé. Nous avons maintenu une ambiance à la fois détendue, constructive et efficace. Je voudrais associer à ces remerciements tous les fonctionnaires du Sénat.

C'est le second projet de loi de financement de la sécurité sociale que je défends, et je vous avoue, mesdames, messieurs les sénateurs, que c'est toujours un grand plaisir d'échanger avec vous. *(Applaudissements sur les travées du groupe La République En Marche et du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, ainsi que sur des travées du groupe Union Centriste et du groupe Les Républicains.)*

3

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au lundi 19 novembre 2018, à seize heures et le soir :

Projet de loi de finances rectificative, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2018 (n° 121, 2018-2019) ;

Rapport de M. Albéric de Montgolfier, rapporteur général, fait au nom de la commission des finances (n° 129, 2018-2019).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures vingt.)

Direction des comptes rendus

GISÈLE GODARD

**QUESTION(S) ORALE(S)
REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT**

Jumelage avec des villes du Haut-Karabagh

N° 0534 – Le 22 novembre 2018 – **M. Pierre Ouzoulias** interroge **M. le ministre de l'intérieur** sur les officialisations de liens tels des jumelages entre des collectivités territoriales françaises et des collectivités territoriales du Haut-Karabagh (Artsakh) et notamment sur les contrôles de légalité interne a posteriori par les préfetures.

*Transfert de la contribution climat-énergie
aux collectivités locales*

N° 0535 – Le 22 novembre 2018 – **M. Guillaume Gontard** interroge **M. le ministre de l'action et des comptes publics** sur le financement des collectivités locales.

Alors que la réforme de la taxe d'habitation va priver les collectivités locales de 26 milliards d'euros de recettes en fiscalité propre, alors que la dotation globale de fonctionnement a diminué de 25 % en quatre ans, alors que l'État confie toujours davantage de compétences aux collectivités locales sans transfert de ressources, la situation financière des collectivités devient intenable.

Il en résulte un accroissement de la fracture territoriale à travers un appauvrissement des territoires ruraux et périphériques où les services publics disparaissent.

Il en résulte également une chute dramatique de l'investissement public dans notre pays, assuré à 70 % par les collectivités locales, entraînant une dégradation alarmante des infrastructures et un retard massif des investissements d'avenir, notamment dans la transition écologique.

À ce jour aucune formule n'a été arrêtée pour compenser la suppression de la taxe d'habitation laissant les élus locaux dans le flou et l'incertitude les plus complets. Cette situation ne saurait perdurer davantage.

Le Gouvernement a promis de compenser chaque euro de la taxe d'habitation, sans qu'il ait encore été précisé comment. Mais, surtout, quand bien même cette promesse serait tenue,

le plus probable est que tout ou partie de la compensation se fasse sous forme de dotation de l'État ce qui aurait pour effet d'accroître la dépendance des collectivités vis-à-vis de l'État en réduisant leur autonomie fiscale et financière.

Ce manque de confiance envers les élus locaux est dommageable. Depuis quarante ans, avec les étapes successives de décentralisation, notre pays fait, à raison, confiance aux territoires pour être les laboratoires de l'innovation démocratique, sociale, écologique et économique. Le Gouvernement ne doit pas porter un coup d'arrêt au dynamisme des territoires.

Il l'invite donc à bien vouloir indiquer les intentions du Gouvernement pour assurer le financement des collectivités locales. Il lui suggère une piste de solution, en transférant aux collectivités les recettes de la dynamique contribution climat-énergie (CCE), aujourd'hui gaspillées dans le financement du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE). Une telle disposition représenterait en outre une mesure forte de cohérence politique. Il semblerait en effet logique de flécher la fiscalité du carbone vers la transition écologique via les collectivités locales qui sont en première ligne pour en assurer le financement et la mise en œuvre.

*Déclinaison des mesures d'urgence
du plan « ma santé 2022 »*

N° 0536 – Le 22 novembre 2018 – **M. Bernard Delcros** attire l'attention de **Mme la ministre des solidarités et de la santé** sur l'urgence d'agir dans les territoires en décrochage en matière d'offre de soins. Il salue le plan du Gouvernement « ma santé 2022 » mais souligne que la plupart de ses mesures porteront leurs fruits progressivement, sur plus d'une décennie notamment pour la suppression du numerus clausus ou la réforme des études de médecine. Il revient sur la création de 4 000 postes d'assistants médicaux et le déploiement de 400 médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires, annoncés dans ce plan. Ces deux mesures d'urgence pourraient améliorer la situation dans certains territoires au bord de l'asphyxie comme cela est le cas dans plusieurs secteurs du Cantal. Aussi, il lui demande si ces professionnels pourront exercer dans les maisons pluriprofessionnelles de santé et si l'État est prêt à assurer le financement de ces postes dans ces structures, notamment dans les territoires ruraux compte tenu des faibles moyens des collectivités. Enfin il l'interroge sur l'échéance à laquelle ces deux mesures pourront se mettre en place sur le terrain, et plus précisément dans le département du Cantal où la plupart des territoires confrontés à la désertification médicale ont atteint le point de rupture.

*Prise en compte de l'enseignement
des langues régionales au lycée*

N° 0537 – Le 22 novembre 2018 – **Mme Maryvonne Blondin** souhaite interroger **M. le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse** sur la prise en compte de l'enseignement des langues régionales au sein de la réforme du baccalauréat et du lycée.

En effet, ce vaste chantier éducatif aurait pu constituer une occasion certaine de promouvoir l'enseignement de ces langues, dans la continuité des dispositions de la loi n° 2013595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République, qui en a consacré la place et l'importance au sein de notre système éducatif, et de la circulaire du 12 avril 2017.

Pourtant, les dispositions prévues dans le cadre de la réforme du baccalauréat et du lycée ne peuvent que susciter l'inquiétude tant elles semblent opérer un nouveau recul pour l'enseignement de ces langues qu'il soit optionnel ou bilingue.

Ainsi, l'articulation du parcours bilingue dans le tronc commun et des enseignements de spécialité semble aujourd'hui encore incertaine ; l'option facultative ne serait plus proposée aux sections technologiques hormis dans la série des sciences et techniques de l'hôtellerie et de la restauration (STHR). Dans les filières générales, les langues régionales ne seraient désormais plus proposées en deuxième option facultative, en plus des enseignements optionnels suivis par ailleurs, contrairement aux langues anciennes créant ainsi une certaine disparité de traitement. Seule la première option facultative langue régionale (troisième langue vivante - LVC désormais) demeurerait possible pour ces filières générales et la série STHR mais elle

serait alors évaluée en contrôle continu alors qu'elle fait aujourd'hui l'objet d'une notation bonifiante qui motive bien souvent le choix des élèves.

Reconnues à l'article 751 de la Constitution, « les langues de France » participent du patrimoine national. Le président de la République a marqué son attachement aux langues régionales, notamment lors de son discours à Quimper le 21 juin 2018, et il a affirmé à plusieurs reprises que leur apprentissage dès l'école serait facilité afin d'en assurer le développement et la pérennité. Les langues régionales constituent une formidable richesse pour les citoyens de demain et l'État se doit de les préserver, de les promouvoir et surtout de les sauver !

Ainsi, elle souhaite l'interroger sur les dispositions qu'il entend prendre pour inclure plus efficacement les langues régionales dans la réforme du baccalauréat et du lycée actuellement en cours.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du vendredi 16 novembre 2018

SCRUTIN N° 19

sur l'amendement n° 93, présenté par M. René-Paul Savary au nom de la commission des affaires sociales, tendant à insérer un article additionnel avant l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, adopté par l'Assemblée nationale, pour 2019, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	308
Pour	197
Contre	111

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (146) :

Pour : 144

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance

GRUPE SOCIALISTE ET RÉPUBLICAIN (73) :

Contre : 73

GRUPE UNION CENTRISTE (51) :

Pour : 51

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (23) :

Abstention : 21

N'ont pas pris part au vote : 2 MM. Didier Guillaume (Membre du Gouvernement), Joël Labbé

GRUPE LA RÉPUBLIQUE EN MARCHÉ (22) :

Contre : 22

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE (16) :

Contre : 16

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (11) :

Abstention : 11

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 2 M. Philippe Adnot, Mme Christine Herzog

N'ont pas pris part au vote : 4

Ont voté pour :

<p>Philippe Adnot Pascal Allizard Serge Babary Philippe Bas Jérôme Bascher Arnaud Bazin Martine Berthet Anne-Marie Bertrand Annick Billon Jean Bizet Jean-Marie Bockel Christine Bonfanti-Dossat François Bonhomme Bernard Bonne Philippe Bonnecarrère Pascale Bories Gilbert Bouchet Céline Boulay-Espéronnier Yves Bouloux Jean-Marc Boyer Max Brisson Marie-Thérèse Bruguière François-Noël Buffet Olivier Cadic François Calvet Christian Cambon Agnès Canayer Michel Canevet Vincent Capocanellas Jean-Noël Cardoux Alain Cazabonne Anne Chain-Larché Patrick Chaize Pierre Charon Alain Chatillon Marie-Christine Chauvin Guillaume Chevrollier Marta de Cidrac Olivier Cigolotti Gérard Cornu Édouard Courtial Pierre Cuypers René Danesi Laure Darcos Mathieu Darnaud Marc-Philippe Daubresse Robert del Picchia Vincent Delahaye Bernard Delcros Annie Delmont-Koropoulis</p>	<p>Gérard Dériot Catherine Deroche Jacky Deromedi Chantal Deseyne Yves Détraigne Catherine Di Folco Nassimah Dindar Élisabeth Doineau Philippe Dominati Daniel Dubois Alain Dufaut Catherine Dumas Laurent Duplomb Nicole Duranton Jean-Paul Émorine Dominique Estrosi Sassone Jacqueline Eustache-Brinio Françoise Férat Michel Forissier Bernard Fournier Catherine Fournier Christophe-André Frassa Pierre Frogier Joëlle Garriaud-Maylam Françoise Gatel Jacques Genest Frédérique Gerbaud Bruno Gilles Jordi Ginesta Colette Giudicelli Nathalie Goulet Sylvie Goy-Chavent Jean-Pierre Grand Daniel Gremillet François Grosdidier Jacques Groperrin Pascale Gruny Charles Guené Jocelyne Guidez Olivier Henno Loïc Hervé Christine Herzog Alain Houpert Jean-Raymond Hugonet Benoît Huré Jean-François Husson Corinne Imbert Jean-Marie Janssens Sophie Joissains Muriel Jourda Alain Joyandet Roger Karoutchi</p>	<p>Fabienne Keller Guy-Dominique Kennel Claude Kern Laurent Lafon Marc Laménié Élisabeth Lamure Christine Lanfranchi Dorgal Florence Lassarade Robert Laufoaulu Michel Laugier Daniel Laurent Nuihau Laury Christine Lavarde Ronan Le Gleut Jacques Le Nay Antoine Lefèvre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Henri Leroy Valérie Létard *Brigitte Lherbier Anne-Catherine Loisier Jean-François Longeot Gérard Longuet Vivette Lopez Pierre Louault Jean-Claude Luche Michel Magras Viviane Malet Didier Mandelli Hervé Marseille Hervé Maurey Jean-François Mayet Pierre Médevielle Marie Mercier Sébastien Meurant Brigitte Micouleau Alain Milon Jean-Marie Mizzon Jean-Pierre Moga Albéric de Montgolfier Patricia Morhet-Richaud Catherine Morin-Desailly Jean-Marie Morisset Philippe Mouiller Philippe Nachbar Louis-Jean de Nicolaï Sylviane Noël Claude Pougein Olivier Paccaud Jean-Jacques Panunzi Philippe Paul</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cyril Pellevat
Philippe Pemezec
*Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Stéphane Piednoir
Jackie Pierre
François Pillot
Gérard Poadja
Rémy Pointereau
Ladislav Poniatowski
Sophie Primas
Jean-Paul Prince
Christophe Priou
Catherine Procaccia
Sonia de la Provôté
Frédérique Puissat

Isabelle Raimond-
Pavero
Michel Raison
Jean-François Rapin
Damien Regnard
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Bruno Retailleau
Charles Revet
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
René-Paul Savary
Michel Savin
Alain Schmitz
Vincent Segouin

Ont voté contre :

Michel Amiel
Maurice Antiste
Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Éliane Assassi
David Assouline
Julien Bargeton
Arnaud de Belenet
Esther Benbassa
Claude Bérít-Débat
Jacques Bigot
Joël Bigot
Maryvonne Blondin
Éric Bocquet
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Martial Bourquin
Michel Boutant
Céline Brulin
Henri Cabanel
Thierry Carcenac
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Laurence Cohen
Pierre-Yves Collombat
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Roland Courteau
Cécile Cukierman
Michel Dagbert
Yves Daudigny
Marc Daunis

Michel Dennemont
Jérôme Durain
Alain Duran
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Martine Filleul
André Gattolin
Fabien Gay
Samia Ghali
Guillaume Gontard
Marie-Pierre de la
Gontrie
Michelle Gréaume
Nadine Grelet-
Certenais
Annie Guillemot
Laurence Harribey
Abdallah Hassani
Claude Haut
Jean-Michel
Houllegatte
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Victoire Jasmin
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Antoine Karam

Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Lana Tetuanui
Claudine Thomas
Catherine Troendlé
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Michel Vaspert
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Jean-Pierre Vial
Jean Pierre Vogel
Michèle Vullien

Éric Kerrouche
Bernard Lalande
Pierre Laurent
Jean-Yves Leconte
Claudine Lepage
Martin Lévrier
Marie-Noëlle
Lienemann
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Philippe Madrelle
Jacques-Bernard
Magner
Christian Manable
Frédéric Marchand
Didier Marie
Rachel Mazuir
Michelle Meunier
Thani Mohamed
Soilhi
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Robert Navarro
Pierre Ouzoulias
Georges Patient
François Patriat
Marie-Françoise Perol-
Dumont
Angèle Préville
Christine Prunaud
Didier Rambaud
Noëlle Rauscent

Claude Raynal
Alain Richard
Sylvie Robert
Gilbert Roger
Laurence Rossignol
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger

Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Sophie Taillé-Polian
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Nelly Tocqueville

Jean-Marc Todeschini
Jean-Louis Tourenne
André Vallini
Sabine Van Heghe
Yannick Vaugrenard
Richard Yung

Abstentions :

Guillaume Arnell
Stéphane Artano
Alain Bertrand
Jérôme Bignon
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Joseph Castelli
Daniel Chasseing
Yvon Collin
Jean-Pierre Corbisez
Josiane Costes

Ronan Dantec
Jean-Pierre Decool
Nathalie Delattre
Alain Fouché
Jean-Marc Gabouty
Éric Gold
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Véronique Guillotin
Mireille Jouve
Françoise Laborde

Jean-Louis Lagourgue
Olivier Léonhardt
Claude Malhuret
Alain Marc
Colette Mélot
Franck Menonville
Jean-Claude Requier
Jean-Yves Roux
Raymond Vall
Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Collomb
Claudine Kauffmann

Joël Labbé
Jean Louis Masson

Stéphane Ravier

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Philippe Dallier - qui présidait la séance.

Ne peut prendre part au vote :
(En application de l'article premier de l'ordonnance
n° 58-1099 du 17 novembre 1958 portant loi organique
pour l'application de l'article 23 de la Constitution)

Didier Guillaume.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	342
Nombre des suffrages exprimés	309
Pour l'adoption	198
Contre	111

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

*Lors de la séance du lundi 19 novembre 2018, M. Cédric Perrin et Mme Brigitte Lherbier ont fait savoir qu'ils auraient souhaité s'abstenir.