

MERCREDI 24 JUILLET 2013

Réseaux de soins

Conférence des présidents

Règlement du budget (*Nouvelle lecture*)

SOMMAIRE

COMMISSION D'ENQUÊTE « DOPAGE » (Publication d'un rapport)	1
RÉSEAUX DE SOINS	1
<i>Discussion générale</i>	1
Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé	1
M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales	2
M. Alain Milon	3
Mme Laurence Cohen	3
M. Gérard Roche	4
M. Robert Tropeano	4
Mme Aline Archimbaud	5
M. Jean-François Husson	5
Mme Jacqueline Alquier	5
Mme Catherine Génisson	5
M. René Teulade	6
Mme Patricia Schillinger	6
<i>Discussion des articles</i>	7
ARTICLE PREMIER	7
Mme Laurence Cohen	7
M. Philippe Bas	7
ARTICLE 2	7
Mme Jacqueline Alquier	7
M. Dominique Watrin	7
ARTICLE 3	14
<i>Interventions sur l'ensemble</i>	14
Mme Jacqueline Alquier	14
Mme Laurence Cohen	14
M. Gérard Roche	15
ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE	15
CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS	15
RÈGLEMENT DU BUDGET (Nouvelle lecture)	16
<i>Discussion générale</i>	16
M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué, chargé du budget	16
M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances	16
Mme Marie-France Beaufile	16
M. Jean-Claude Requier	17
M. André Gattolin	17
M. Philippe Dallier	18
<i>Interventions sur l'ensemble</i>	18

Mme Michèle André	18
M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances	18
M. Philippe Dallier	19

SÉANCE du mercredi 24 juillet 2013

11^e séance de la session extraordinaire 2012-2013

PRÉSIDENTE DE M. DIDIER GUILLAUME,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRE :
M. JEAN-FRANÇOIS HUMBERT.

La séance est ouverte à 14 h 30.

Le procès-verbal de la précédente séance, constitué par le compte rendu analytique, est adopté sous les réserves d'usage.

Commission d'enquête « Dopage » (Publication d'un rapport)

M. le président. – J'informe le Sénat que, ce matin, a expiré le délai de six jours nets pendant lequel pouvait être formulée la demande de constitution du Sénat en comité secret sur la publication du rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'efficacité de la lutte contre le dopage, créée le 20 février 2013, à l'initiative du groupe socialiste, en application de l'article 6 *bis* du Règlement.

En conséquence, ce rapport a été publié ce matin, sous le n°782.

Réseaux de soins

M. le président. – L'ordre du jour appelle l'examen de la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé.

Discussion générale

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. – Ce texte a suscité bien des débats et fait couler beaucoup d'encre.

Mme Isabelle Debré. – Oh oui !

Mme Marisol Touraine, ministre. – Il y a quelques jours, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAN) a adopté un rapport sur l'évolution des complémentaires santé. Ces débats sont utiles,

tant nous pouvons progresser sur l'accès aux soins pour l'ensemble de nos concitoyens.

Cette proposition de loi diffère profondément des dispositions dont le Sénat a débattu dans le cadre de la proposition de loi Fourcade. À l'automne dernier, les députés ont souhaité clarifier le champ et les modalités d'intervention des réseaux de soins. Je salue le travail approfondi de la commission.

Il s'agit de renforcer l'accès aux soins de nos concitoyens tout en limitant le reste à charge ; cela implique en même temps de renforcer l'assurance maladie obligatoire, pilier de notre protection sociale en matière de santé, clé de voûte de notre système. Il n'y a rien là de contradictoire.

L'assurance maladie se fonde sur un principe de solidarité entre bien portants et malades. Pour autant, il ne s'est jamais traduit par une prise en charge complète des soins. Les complémentaires remboursent aujourd'hui 14 % des dépenses de santé, soit, en 2011, près de 25 milliards d'euros. Elles sont un élément essentiel de l'accès aux soins, notamment pour les dépenses moins bien remboursées par l'assurance maladie. Certains concitoyens renoncent à se soigner ; pour l'optique, par exemple, pour laquelle l'assurance maladie ne prend en charge que 4 % de la dépense totale des ménages. Or 2,5 millions de personnes ne sont pas couvertes par une complémentaire. D'où l'engagement du président de la République d'arriver en 2017 à la généralisation de la couverture complémentaire.

Grâce à l'accord national interprofessionnel, tous les salariés auront une couverture complémentaire au plus tard en 2016. Il faudra donc dépasser le cadre du travail. Nous aurons aussi à mieux maîtriser la mise en place de ces couvertures. Les réseaux peuvent contribuer à cet effort de régulation. Or aujourd'hui, l'ensemble des complémentaires ne disposent pas des mêmes facultés dans ce domaine. Cette proposition de loi les place sur un pied d'égalité.

Ces réseaux doivent être encadrés, selon des règles et principes déterminés à l'Assemblée nationale et précisés au Sénat. Le premier de ces principes est le libre choix du patient, au cœur de notre système de santé. Le deuxième porte sur l'instauration des règles en matière de conventionnement, qui doivent être claires, objectives, transparentes et non discriminatoires. La convention ne pourra pas comporter de clause d'exclusivité ; un professionnel doit pouvoir prendre en charge l'ensemble des patients. L'Autorité de la concurrence a rappelé ces principes, désormais précisés dans l'article 2 de la proposition de loi.

Le troisième principe est le droit à l'information. Il s'appliquera avant la conclusion du contrat et tout au long de son exécution. La commission des affaires sociales du Sénat a précisé ce principe en rappelant que chaque professionnel doit à ses patients les

mêmes modalités de délivrance des prestations de soins

Ce principe figure au code de la santé publique. Son rappel clarifiera le sens du texte. Le Gouvernement lui donnera un avis favorable.

La commission des affaires sociales a soulevé un débat sur le *numerus clausus* dans ces réseaux. La question est complexe. L'enjeu est de savoir si chaque adhérent peut accéder à des professionnels conventionnés à proximité de son lieu de vie, notamment dans les zones rurales. Nos débats nous permettront d'approfondir ce point.

Je souligne qu'il nous appartient de veiller au principe constitutionnel de la liberté contractuelle. L'interdiction de réseaux fermés pourrait y porter atteinte.

Précisons le champ d'intervention de ces réseaux de soins. Le HCAAM a précisé le sens de ces réseaux, pour les soins dont les tarifs sont insuffisamment encadrés, comme la prothèse dentaire, l'optique et l'audioprothèse. Les tarifs fixés par voie conventionnelle ne peuvent être régulés dans le cadre des réseaux.

L'Assemblée nationale a précisé que les tarifs des actes médicaux ne pouvaient être encadrés par de tels réseaux. Votre commission des affaires sociales a souhaité ajouter que ces actes ne pouvaient donner lieu à des remboursements différenciés. L'Assemblée nationale a adopté cette disposition avec cette intention-là. Néanmoins, vous avez souhaité le préciser pour éviter toute ambiguïté.

Votre texte limite l'encadrement des tarifs aux seuls professionnels pour lesquels les complémentaires sont majoritaires dans le financement : audioprothésistes, chirurgiens, dentistes, opticiens. C'est un point de discussion. (*M. Jean-François Husson s'exclame*) Les complémentaires peuvent aussi jouer un rôle dans les secteurs où l'assurance maladie est majoritaire.

Cette proposition de loi concourt à l'objectif de régulation de notre système de santé. Tout doit être mis en œuvre pour l'intérêt des praticiens, pour réduire leur reste à charge. Le Gouvernement souhaite que cette proposition de loi soit adoptée. (*Applaudissements sur les bancs socialistes, du RDSE, UDI-UC*)

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Les ordonnances de 1945 ont fixé le principe de participation des patients à leurs propres dépenses de santé. Les organismes complémentaires versent environ 26 milliards d'euros de prestations, soit 13,7 % des dépenses de santé. La logique du complément constitue le fondement de leur développement. Elle est dépassée, dès lors que les remboursements d'assurance maladie sont très faibles et que les prix sont libres, cas de l'optique, de la prothèse dentaire et

des soins dentaires, pour lesquels le reste à charge reste lourd pour les patients.

La dissymétrie entre l'information du patient et celle du professionnel est très élevée. Dans ces conditions, prix libres et opacité de leurs formations, comment imaginer que les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) et les assurés continuent d'en faire les frais ? D'où les outils de gestion du risque mis en place par les Ocam. Le réseau de soins est l'un de ces outils. Il passe par la négociation des tarifs plus avantageux et un meilleur remboursement pour l'adhérent.

La semaine dernière, le Haut conseil pour le développement de l'assurance maladie a pris position en faveur de ces réseaux. L'article premier de la proposition de loi place les mutuelles sur un pied d'égalité avec les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. En raison de la jurisprudence de la Cour de cassation de mars 2010, il existe en la matière une rupture d'égalité injustifiée entre les familles de complémentaires. La commission a adopté l'article premier sans modification.

L'article 2 ajouté à l'Assemblée nationale, encadre le fonctionnement des réseaux de soins et fixe les principes que doivent respecter les conventions entre les complémentaires et les professionnels de santé. Les patients continueront à pouvoir choisir librement leurs médecins et les établissements de soins. Il n'y aura pas de clause d'exclusivité. Les complémentaires devront informer leurs assurés de ces conventions. Les règles s'appliqueront aux nouvelles conventions et à celles qui seront renouvelées. J'ai cherché un équilibre, pour créer les conditions d'une diminution du reste à charge des patients. Rejeter la proposition de loi laisserait toute liberté contractuelle aux complémentaires et aux professionnels. Il est de notre responsabilité de légiférer. Mais si nous imposons trop de contraintes, nous encourons une censure du Conseil constitutionnel.

Il n'est pas illégitime qu'un organisme complémentaire maîtrise les dépenses, dans un cadre prudentiel respectueux des libertés de chacun. La commission a préservé la possibilité pour les complémentaires de conclure des conventions avec l'ensemble des professionnels et établissements de santé. Cependant tous les professionnels ne se situent pas sur le même plan : la plupart relèvent de conventions nationales. Au lieu de viser les médecins, nous avons décidé que quand les dépenses de l'assurance maladie sont majoritaires, une convention peut exister, mais qui ne porte pas sur les stipulations tarifaires liées aux actes fixés par l'assurance maladie.

Nous avons approfondi la rédaction de l'Assemblée nationale sur les médecins, les seuls à pouvoir pratiquer des honoraires libres. Alors que l'avenant n°8 se met lentement en place, nous avons prolongé cette logique. D'autres professions (masseurs-

kinésithérapeute, infirmiers) sont contraintes par les tarifs de la sécurité sociale.

Un réseau doit-il être ouvert ou fermé ? Nous estimons qu'un réseau fermé n'est pas nécessaire pour les masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers. En revanche, le nombre d'opticiens croît rapidement. Un réseau fermé peut se justifier dans l'optique pour des raisons démographiques. La commission a interdit les réseaux fermés, sauf en optique. Nous avons inscrit un principe complémentaire : les conventions ne pourront avoir pour effet d'introduire une quelconque discrimination entre les patients.

Nous devons répondre à l'urgence, en mettant sur un pied d'égalité les trois familles de complémentaires tout en posant les bases d'un encadrement des réseaux de soins qui n'existe pas aujourd'hui. Nous espérons que l'Assemblée nationale approuvera notre texte, que nous vous invitons à adopter. *(Applaudissements sur les bancs socialistes et écologistes)*

M. Alain Milon. – Ce sujet a fait l'objet de longs débats en 2011, à l'occasion de la proposition de loi Fourcade, dont le présent texte reprend certaines dispositions. Un compromis avait été trouvé en CMP en 2011, censuré par le Conseil constitutionnel, comme cavalier.

Cette proposition de loi ne devait pas être une priorité pour le groupe socialiste du Sénat, puisqu'il n'a pas jugé bon de l'inscrire dans une de ses niches depuis son adoption par l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012. Y a-t-il urgence à l'adopter en fin de session extraordinaire ? Est-ce une réponse aux inquiétudes de certaines mutuelles depuis la signature de l'Accord national interprofessionnel (ANI), qui généralise les complémentaires santé ? On a évoqué des craintes de suppressions d'emplois. En tout cas une proposition de loi fait l'économie d'une étude d'impact, et nous aurions aimé connaître l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Rapporteur de la loi Fourcade, j'avais rappelé qu'un meilleur remboursement s'inscrit dans le cadre non du conventionnement d'un professionnel mais des relations entre adhérents et mutuelles. La modulation de la prise en charge des prestations de santé selon que le patient a recours ou non à un professionnel membre d'un réseau va à l'encontre des principes de notre système de santé.

Les mutuelles veulent une modification législative, à la suite de deux arrêts de la Cour de cassation. Ce texte ne règle en rien le problème des déserts médicaux, et peut même l'aggraver ; il signe une perte de pouvoir du politique.

Comment ce conventionnement fonctionne-t-il ? Avec quels résultats ? Quelles exigences de qualité ? Quel contrôle ? Aucune réponse ! Une réflexion globale est nécessaire. Même amendé par le rapporteur, ce texte ne nous satisfait pas. Les patients

n'auront plus les mêmes remboursements, selon qu'ils se font soigner dans le réseau ou en dehors, ce qui remet en cause un principe d'égalité essentiel : à cotisation égale, remboursement et prestations égaux.

La mention de la liberté de choix n'est pas une garantie. La concurrence, au détriment des petites mutuelles, est inévitable, alors que l'organisation en réseaux mutualistes, en se concentrant dans les villes, va accentuer la désertification médicale.

Nous avons déposé des amendements pour améliorer ce texte. À l'État de prendre ses responsabilités. Nous proposons un décret en Conseil d'État, pris en concertation avec les professionnels concernés.

Nous sommes opposés aux réseaux fermés. Rappelons-nous du précédent du *numerus clausus* pour les médecins. Il appartient au législateur de trouver une solution pour assurer l'accès aux soins de l'ensemble des populations.

Il y a 30 ans nous avons accepté les centrales d'achat qui aujourd'hui dictent les prix. Nous avons commis l'erreur de croire qu'elles les feraient baisser. Le *numerus clausus* causera des difficultés d'accès aux soins. Il faut faire respecter le principe du libre choix. Comment accepter que des organismes privés fixent un *numerus clausus* ?

Nous craignons que les professionnels de santé soient de plus en plus contrôlés. Le sort réservé à nos amendements conditionnera notre vote. *(Applaudissements à droite)*

Mme Laurence Cohen. – Cette proposition de loi suscite un débat toujours passionné, depuis la proposition de loi Fourcade et un *lobbying* soutenu... *(Mme Isabelle Debré proteste)*

M. Philippe Bas. – S'il vous plaît, un peu de respect !

Mme Laurence Cohen. – Les remboursements différenciés existent déjà. Progressivement, les règles applicables aux mutuelles et aux sociétés privées ont tendance à s'harmoniser, ce qui contredit l'activité sociale des premières. L'intérêt des assurances privées commerciales réside dans la maximisation de leurs profits. Depuis 2004, l'Unocam regroupe tous les organismes : nous contestons l'existence de ce regroupement. Cette proposition de loi remet en cause l'architecture de notre système de santé. Nous partageons avec le rapporteur et le groupe socialiste certains constats mais divergeons sur les solutions.

Réduction du prix des lunettes, dites-vous ? Parce que les mutuelles joueront le rôle de centrale d'achat ! Nous souhaitons que les prix diminuent réellement pour tous. Les prix des soins devraient être encadrés par les pouvoirs publics. Un doute est jeté sur leur niveau d'exigence.

Le marché n'encadrera pas ce que les pouvoirs publics renoncent à encadrer. Le scandale PIP en fournit l'éclatante démonstration.

L'article premier de l'ANI a retiré 2,7 milliards d'euros de ressources à la sécurité sociale pour encourager le patronat à souscrire des complémentaires. Cela coûte 6,5 milliards à la sécurité sociale ! L'Unocam et le patronat, qui ne cesse de demander une réduction du champ de la solidarité, y trouvent évidemment leur compte...

Le maître mot de notre débat est celui de concurrence. Cette proposition de loi rompt avec l'ADN de la mutualité, en l'alignant sur le secteur marchand. Ce faisant, on prend en otage les patients. C'est un marché de dupes. On s'oriente vers un remboursement à la carte. Cette proposition de loi est un rendez-vous manqué. Face à la prolifération des organismes privés, et dans l'intérêt des patients, notre groupe a choisi une abstention... négative. *(Applaudissements sur les bancs CRC ; Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales, applaudit)*

M. Jean-François Husson. – Qu'est-ce que vous auriez dit si vous aviez voté contre !

M. Gérard Roche. – Les réseaux de soins existent depuis plus de dix ans. Il n'est pas question de les remettre en cause, mais d'encadrer le remboursement différencié. Tel est l'objet de ce texte. Dans sa rédaction actuelle le code de la mutualité interdit de moduler les remboursements. La jurisprudence de la Cour de cassation est un appel au législateur.

Ce texte rétablit l'égalité entre mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance. Cette mesure, recommandée par la Cour des comptes, semble légitime.

Notre rôle de législateur est de défendre l'intérêt général, c'est-à-dire celui du patient, dont le reste à charge doit rester le plus bas possible. La baisse des coûts de fournitures se retrouve dans les prix, selon un modèle économique vertueux, qui suppose quelques conditions.

Il ne faudrait pas que ce remboursement différencié entraîne une augmentation du reste à charge pour les autres assurés.

Nous avons proposé un amendement relatif au remboursement différencié. M. Vanlerenberghe y reviendra.

La qualité des prestations est aussi une question clé. Certes, les cahiers des charges sont élaborés avec les professionnels et contrôlés par l'Autorité de la concurrence.

Nous souhaitons que le rapport annuel y fasse référence.

Il ne faudrait pas que la liberté de l'assuré soit remise en cause. L'accès aux soins de proximité, avec le spectre de la désertification médicale, est en cause.

Seuls les réseaux ouverts garantissent l'accessibilité aux soins : c'est pourquoi nous saluons la rédaction de la commission qui a exclu néanmoins les opticiens, ce que nous contestons pour les petites communes rurales. J'avais proposé une dérogation pour les communes de moins de 5 000 habitants, mais on m'a fait remarquer que de telles communes existaient aussi dans les agglomérations. Je proposerai un autre amendement pour insister sur la nécessité de proximité.

Notre commission a amélioré le texte, certes, mais elle s'est arrêtée au milieu du gué. Notre vote dépendra du sort qui sera réservé à nos amendements. Je veux rendre hommage au travail remarquable de notre rapporteur, mais aussi au sens de l'écoute de Mme la ministre. Nous n'allons franchir qu'une étape. La perte de la vue ou de l'ouïe marquent l'entrée dans la dépendance - problématique que l'assurance maladie ne traite pas. Il faudra y revenir. Bien d'autres étapes nous attendent encore et certaines seront de montagne : il faudra graisser le pédalier. *(Applaudissement sur les bancs UDI-UC)*

M. Robert Tropeano. – Nombre de nos concitoyens renoncent aux soins ou les retardent pour des raisons financières ; c'est d'autant plus vrai pour les soins qui sont mal remboursés par la sécurité sociale. La généralisation des complémentaires grâce au texte sur la sécurisation de l'emploi est une avancée. Alors que l'assurance maladie prend en charge 90 % des soins hospitaliers, les lunettes, les audioprothèses et les soins dentaires sont mal remboursés. Nous ne sommes pas opposés au principe des réseaux de soins, ceux-ci permettant aux adhérents des complémentaires de bénéficier de tarifs avantageux. Ces réseaux améliorent l'accès aux soins et diminuent le reste à charge.

Pour autant, ce texte soulève quelques inquiétudes : si l'accès de tous les Français à des soins de qualité est une priorité partagée, ce texte bouscule les principes fondamentaux de notre organisation des soins en permettant aux mutuelles de remettre en cause le principe selon lequel à cotisation égale, prestation égale.

À la suite de l'arrêt de la Cour de cassation de 2010, il y a urgence à mettre les trois familles d'organismes complémentaires sur un pied d'égalité. Mais s'il y a atteinte au principe d'égalité, c'est plus entre adhérents qu'entre organismes. Les réseaux fermés ne sont-ils pas une atteinte à ce principe ? Comment accepter qu'on écarte des professionnels des réseaux ? Les opticiens qui ne se sont pas conventionnés pourraient disparaître. Or ceux qui sont installés en milieu rural doivent être préservés.

La modulation de la prise en charge ne remet-elle pas en cause le principe de libre choix des patients ?

Enfin, les organismes complémentaires ne risquent-elles pas de privilégier les produits à bas coût ?

Cela dit, je voterai ce texte.

Mme Aline Archimbaud. – Nous attendons des discussions de fond sur la réforme du système de santé : nous avons des rendez-vous importants cet automne. Cette proposition de loi traite de la problématique du reste à charge, mais de façon détournée.

Notre groupe défend le secteur de l'économie sociale, si important pour l'emploi. Les mutuelles devraient jouer tout leur rôle. Il ne faudrait pourtant pas que ce texte pousse à leur concentration, aux dépens de la proximité et de la diversité de l'offre.

Les mutuelles ne sont pas aujourd'hui sur un pied d'égalité avec les autres organismes. La mutualité française souhaite pouvoir constituer des réseaux de soins. Néanmoins, le libre choix des patients est indispensable, comme la transparence et l'information claire et complète des adhérents. Le bilan annuel prévu par le texte est particulièrement bienvenu ; il doit être approfondi, se pencher notamment sur la qualité des soins et des produits et sur l'effectivité de la baisse du reste à charge.

Autant de conditions pour que nous approuvions ce texte. *(Applaudissements sur les bancs socialistes)*

M. Jean-François Husson. – Cette proposition de loi permet en toute légalité aux mutuelles d'offrir à leurs adhérents le bénéfice du conventionnement avec des professionnels de santé au travers des réseaux de soins.

Ces derniers s'inscrivent dans le prolongement du conventionnement initié dans les années 1990 avec les pharmaciens puis avec d'autres professionnels de santé – processus qui est une réussite. La volonté de maîtrise des dépenses ne doit pas se traduire par une moindre prise en charge des patients.

Cette proposition de loi ne doit cependant pas être l'arbre qui cache la forêt. Il est temps d'ouvrir le dossier de notre système de protection sociale, de son essoufflement, de sa nécessaire rénovation. Comment permettre l'accès de tous à la santé ? Est-il normal que la part de la sécurité sociale soit si faible pour certains soins ? Comment répondre à l'exigence d'égalité des territoires exprimée tant par les professionnels que par les particuliers ? Enfin, que dire du panier de soins ? Ce texte n'a pas vocation à répondre à toutes ces questions, mais il est temps que nous y réfléchissions, pour plus d'équité, de sécurité et de justice. *(Applaudissements au centre, à droite et sur les bancs de la commission)*

Mme Jacqueline Alquier. – La priorité du Gouvernement est d'assurer l'accès de tous à des soins de qualité. Le pilier fondamental de notre système, c'est l'assurance maladie obligatoire, qu'il n'est pas question de remettre en cause.

Cette proposition de loi marque une étape importante, en fixant les règles du jeu entre les réseaux de soins et les complémentaires. La légalisation des réseaux de soins mis en place par les mutuelles depuis une vingtaine d'années va devenir effective. La loi Fourcade n'avait pas suscité d'opposition de fond, sans apporter toutefois de garanties suffisantes.

Les organismes complémentaires prennent en charge 16,7 % des dépenses de santé à hauteur de 26 milliards d'euros. Encore faut-il qu'ils soient à égalité. La réduction du reste à charge est une priorité et doit être encouragée, alors que 10 % à 15 % de nos concitoyens renoncent à des soins en raison de leur coût.

Cette proposition de loi a été enrichie par la commission. L'article 2 fixe le cadre juridique des réseaux de soins, quel que soit leur statut. Il précise que les conventions ne peuvent porter sur le niveau des tarifs pratiqués par les médecins pour les actes et prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre des conventions médicales nationales. Il interdit les clauses d'exclusivité. Il indique que le réseau ne peut porter atteinte au libre choix du patient et qu'il doit être fondé sur des critères objectifs, transparents et non discriminatoires de sélection des professionnels. Il garantit une information claire et complète des adhérents.

L'article 3 prévoit un rapport annuel au Parlement pour évaluer les conséquences de la mise en place des réseaux de soins. La commission des affaires sociales a proposé des avancées que nous approuvons ; les conventions avec les médecins ne pourront pas conduire, par exemple, à des remboursements différenciés. Les réseaux seront ouverts à tous les professionnels, sauf pour l'optique en raison de la forte démographie du secteur.

Notre groupe votera ce texte important, en attendant la grande loi de santé publique qui viendra en son temps. Notre objectif est que les générations à venir continuent de bénéficier d'une protection sociale juste et solidaire et que l'accès aux soins ne soit pas laissé à la seule logique du marché. *(Applaudissements sur les bancs socialistes)*

Mme Catherine Génisson. – En 2012, devant le congrès de la mutualité française, le président de la République a rappelé la place essentielle des mutuelles dans notre système de protection sociale, le seul objectif de celui-ci étant de garantir un égal accès de nos concitoyens à des soins de qualité.

Je remercie notre rapporteur pour son analyse approfondie du rôle des complémentaires. Les soins dentaires, d'optique et d'audioprothèse sont majoritairement remboursés par elles, l'intervention de l'assurance maladie étant marginale. Je ne demande pas aujourd'hui que celle-ci apporte une contribution supplémentaire, mais il est impératif qu'elle participe au débat sur les conditions de constitution des réseaux

de soins. Elle ne peut en tout cas s'exonérer de ses responsabilités alors que 30 % des jeunes ont des problèmes de vision. Merci aux complémentaires de s'être investies dans ce débat. Mais les pouvoirs publics doivent participer à l'évaluation du dispositif et être vigilants sur le contenu des conventions.

M. le rapporteur a récrit les articles premier et 2 pour mettre tous les organismes complémentaires à un même niveau de droits et de devoirs. *Quid* cependant des réseaux fermés ? Je n'y suis pas favorable et la mutualité française elle-même est divisée. La surabondance de l'offre en optique est une question qui doit être traitée en amont et au niveau des structures de formation.

Nous connaissons votre énergie et votre détermination, madame la ministre, je sais que vous travaillez à une évolution des contrats solidaires et responsables. Le débat aurait dû s'inscrire dans ce cadre. Malgré le travail considérable du rapporteur, je regrette une approche encore trop contrainte de l'organisation des réseaux de soins. Je ne prendrai pas part au vote. (*Applaudissements sur quelques bancs CRC et socialistes*)

M. René Teulade. – Le renoncement aux soins est un phénomène de plus en plus prégnant. La fragilisation, la paupérisation croissante d'une frange importante de notre population fait de l'accès aux soins une problématique qui touche notre pays et au-delà en Europe. Bien sûr, notre système de santé n'a pas été autant affecté que le système grec, mais la désertification médicale participe au creusement des inégalités territoriales et renforce les difficultés d'accès aux soins.

L'intérêt de ce texte est d'apporter des solutions. La part de remboursement des complémentaires est majoritaire pour l'optique, les soins dentaires et l'audioprothèse. Mais le reste à charge est encore élevé. La pratique du remboursement différenciée permettra de le réduire et par là d'améliorer l'accès aux soins.

J'ai entendu les arguments des opposants à ce texte, mais la liberté de choix de son praticien par le patient demeure...

M. François Rebsamen. – Bien entendu !

M. René Teulade. – La qualité des équipements fournis serait moins bonne dans les réseaux de soins ? Mais l'encadrement des appels d'offres et les contrôles des mutuelles sur les professionnels membres des réseaux favoriseront la qualité. Si, après l'ANI, la généralisation des complémentaires santé d'ici 2017 doit être saluée, l'amélioration de l'accès aux soins ne peut concerner que les seuls salariés – sauf à accepter *in fine* un système à trois vitesses, qui marquerait une régression de notre modèle de santé publique. Révélateur de progrès social, l'amélioration de l'accès aux soins doit rester notre *leitmotiv*.

J'ai coutume de définir la sécurité sociale comme le droit à ne pas courber l'échine. Jeune homme, je me souviens d'avoir vu deux pauvres gens s'incliner jusqu'à terre devant le médecin qui les avait soignés gratuitement et même laissé quelque argent sur la table de nuit pour qu'ils achètent des médicaments... La sécurité sociale est ce qui sépare la charité du droit et la dignité de l'assistance. (*Applaudissements sur les bancs socialistes, écologistes et RDSE*)

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Bravo !

M. Robert Tropeano. – Très bien !

Mme Patricia Schillinger. – Trop de Français renoncent aux soins pour des raisons financières. Pour l'optique, les marges s'élèvent à 233 % et les prix de vente sont chez nous 50 % plus élevés que dans les autres pays européens. C'est d'autant moins normal que ce surcoût n'est pas synonyme de services de meilleure qualité.

Les secteurs de l'optique, des audioprothèses et des soins dentaires sont mal remboursés et leurs tarifs varient d'un territoire à l'autre ; il était indispensable de les réguler et, au nom de la solidarité, que les mutuelles puissent elles aussi proposer de réduire le reste à charge. Cette proposition de loi facilitera l'accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre. Favoriser la régulation des coûts et améliorer la qualité de l'offre au sein des réseaux constitués en sont les objectifs principaux.

En comblant un vide juridique, le texte permettra aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur. La Cour des comptes comme l'IGF et l'Igas ont plaidé pour qu'elles puissent constituer des réseaux de soins ; c'était aussi un engagement du candidat François Hollande.

La régulation est nécessaire et urgente, tout en garantissant le libre choix des patients. En contrepartie, le conventionnement assure aux professionnels de la santé davantage de patients. L'ANI permettra à tous les salariés de bénéficier de complémentaires santé ; sans le texte d'aujourd'hui, le risque était de voir les entreprises se tourner vers les organismes de prévoyance et les assurances qui ont déjà organisé des réseaux de soins.

Ce texte est nécessaire et améliorera le fonctionnement des réseaux. Je me réjouis de cette proposition de loi qui va changer le quotidien de nos concitoyens. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

La discussion générale est close.

Discussion des articles

ARTICLE PREMIER

Mme Laurence Cohen. – Cet article est le cœur du texte. Ou bien nous l'adoptons au seul motif qu'il va faire baisser le reste à charge, ou bien nous votons contre et acceptons que perdurent les difficultés de nos concitoyens. L'article 40 nous empêche de renforcer la participation de l'État dans les domaines visés... Et nous nous retrouvons à débattre d'un texte qui désarme un peu plus l'État au bénéfice d'opérateurs privés...

Hélas, pour résoudre des inégalités sociales, on nous propose de renforcer un système de soins à deux vitesses. Ceux qui bénéficient de la CMU et de la CMU-c, ceux qui renoncent aux soins aujourd'hui, ne seront pas mieux remboursés demain. Les plus âgés ou les personnes handicapées ne pourront se déplacer pour se rendre dans les réseaux de soins. La situation de ceux qui ne peuvent souscrire une mutuelle ne sera pas plus améliorée.

La seule manière efficace de réduire les inégalités territoriales et sociales, c'est renforcer notre système de protection sociale. Nous sommes nombreux à partager cette volonté, mais il faut passer de la parole aux actes. *Quid* des 30 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales ? L'ANI va encore priver la sécurité sociale de 2,5 milliards supplémentaires... Pour renforcer le système, il faut augmenter la CSG ou la TVA. Seul l'élargissement du périmètre du remboursement de la sécurité sociale permettra de sortir de cette situation. Malheureusement, c'est l'inverse qui nous est proposé.

M. Philippe Bas. – Je voterai cet article premier, car les dépenses de santé aujourd'hui peu remboursées par la sécurité sociale doivent faire l'objet d'une régulation. La qualité et l'accès aux soins doivent être garantis. La distinction entre sociétés d'assurance et instituts de prévoyance d'une part, les mutuelles de l'autre ne doit pas perdurer, surtout après l'arrêt de la Cour de cassation de 2010. Nous devons encourager les mutuelles à devenir des régulateurs et non plus des payeurs aveugles.

J'insiste sur le fait que les pouvoirs publics ne peuvent se désintéresser du contenu des conventions passées avec les professionnels. La qualité des soins doit être une priorité absolue. C'est pourquoi je soutiendrai l'amendement que proposera M. Alain Milon pour que le contenu des conventions soit déterminé par un décret en Conseil d'État.

L'amendement n°8 rectifié n'est pas défendu, non plus que l'amendement n°9 rectifié

M. René-Paul Savary. – Je ne voterai pas cet article. Je ne puis accepter que l'alignement se fasse du secteur non marchand vers le secteur marchand, car les prestataires et les patients sont captifs. Pour

les audio-prothèses, de nouveaux matériels arrivent sur le marché, qui sont davantage des tests qu'autre chose. Les réseaux risquent de les favoriser pour un coût de 300 euros, alors que les prothèses classiques, qui traitent, elles, les problèmes d'audition, coûtent en moyenne 1 500 euros. Enfin, du fait de certaines décisions du Gouvernement, les tarifs des mutuelles vont augmenter.

M. Alain Néri. – Et qui a augmenté les charges des mutuelles ?

M. René-Paul Savary. – Je voterai contre cet article.

M. Jean-François Husson. – Je voterai cet article premier, par souci d'équité. Au cours de la table ronde, tous les acteurs sauf un ont considéré que c'est un bon dispositif pour l'économie sociale et solidaire. On ne s'intéresse pas suffisamment au mode de vie de nos concitoyens, qui recherchent des services et une écoute. On a parlé d'assurances « commerciales » comme si le mot « commerce » était péjoratif. Chacun a sa place, mutualité et assurance, même si le choix sera prochainement limité.

À la demande du groupe socialiste, l'article premier est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	346
Nombre de suffrages exprimés.....	317
Pour l'adoption	177
Contre	140

Le Sénat a adopté.

ARTICLE 2

Mme Jacqueline Alquier. – Cet article pose les bases de modalités de fonctionnement qui ne sont pas encadrées actuellement, pour fermer la porte à toute dérive. C'est un bon compromis entre les Ocam et les professionnels et établissements de santé.

Ce cadre est pour nous incontournable. Il vise des professions pour lesquelles le remboursement de l'assurance maladie est minime : chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes. Monsieur le rapporteur, nous apprécions la méthode que vous avez utilisée. L'amélioration des soins est notre objectif commun. *(Applaudissements sur les bancs socialistes)*

M. Dominique Watrin. – Cet article nous interpelle. Son champ est bien plus vaste que celui qui est cité à l'envis (chirurgiens-dentistes, opticiens, audioprothésistes). Toutes les professions réglementées par le code de la santé publique sont potentiellement concernées. Les propos de Mme la ministre ne nous rassurent nullement. Pour défendre les patients, ne faudrait-il pas commencer par respecter les tarifs opposables ? Les organismes privés sont à l'offensive, soutenus par les grandes entreprises, pour entrer en concurrence frontale avec notre système de protection sociale, dans le sens de la

directive qui exige l'égalité totale de traitement entre tous les opérateurs, privés comme publics, ce à quoi nous restons hostiles. Ce mouvement de centrifugeuse écarte les plus fragiles.

Le conventionnement n'empêche en rien l'explosion des dépassements d'honoraires, que nos concitoyens perçoivent à juste titre comme une limitation de l'accès aux soins. Cela va dans le sens de la médecine libérale, au détriment des centres de santé.

La mutualité regrette d'avoir été mise devant le fait accompli. Le groupe CRC ne soutiendra pas cet article.

Mme Laurence Cohen. – Très bien !

M. le président. – Amendement n°5 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Mayet.

Alinéas 4 à 8

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 863-8. - I. - Un décret en Conseil d'État, en concertation avec les représentants des organisations professionnelles concernées, fixe les règles de tout conventionnement souscrit entre des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé et des mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, des entreprises d'assurances régies par le code des assurances et des institutions de prévoyance régies par le présent code.

« Un réseau de soins constitué par un organisme d'assurance maladie complémentaire est ouvert au professionnel qui en fait la demande, dès lors que celui-ci respecte les conditions fixées par le gestionnaire du réseau, selon des modalités fixées par le décret mentionné à l'alinéa précédent.

M. Alain Milon. – Cet amendement reprend les dispositions adoptées en CMP sur la proposition de loi Fourcade. Il apporte des garanties concrètes, en précisant les règles de tout conventionnement par l'ensemble des organismes complémentaires. Afin de préserver l'indépendance des professionnels, nous souhaitons que les réseaux de soins soient ouverts, sans possibilité de *numerus clausus*.

Ces principes rassureront les professionnels et les assurés en diminuant les restes à charge sans enfermer les praticiens dans des réseaux ni restreindre la liberté de choix des patients.

M. le président. – Amendement n°13 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary.

Alinéa 4

Supprimer les mots :

ou par l'intermédiaire d'un tiers,

Mme Catherine Procaccia. – La prestation médicale ne peut constituer un acte commercial. On ne saurait transférer une bonne partie des prérogatives de l'assurance maladie à des sociétés financières non soumises au code des assurances, au code de la mutualité ni au code de la sécurité sociale.

M. le président. – Amendement n°10 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier.

Alinéa 4

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigé :

Un décret, pris en concertation avec les parties concernées, fixe les règles de ces conventions.

M. Jean-Claude Requier. – Nous souhaitons qu'un décret fixe les règles de tout conventionnement entre les organismes d'assurance complémentaire et ces professionnels.

M. le président. – Amendement n°2, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Ces conventions sont établies en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Nous voulons garantir le caractère médical des conventions complémentaires qui devront être conformes à un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé. Je sais bien que ce n'est pas sa vocation mais cet amendement est d'appel : rien ne garantit la qualité médicale des soins visés par les conventions, qui ne fait l'objet d'aucun contrôle médical indépendant puisque l'Autorité de la concurrence n'est pas médicale. Dans ces conditions, comment les pouvoirs publics pourront-ils contrôler cette qualité médicale ?

M. le président. – Amendement n°18, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission.

I. - Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

et au principe d'égal accès aux soins

II. - Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Cet amendement inscrit dans la loi le principe d'égal accès aux soins. La commission demande le vote par priorité de cet amendement, avec le sous-amendement n°19.

M. le président. – Sous-amendement n°19 à l'amendement n° 18 de M. Daudigny, au nom de la

commission, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Amendement n° 18, alinéa 3

Rédiger ainsi cet alinéa :

et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins

M. Gérard Roche. – L'objet de ce sous-amendement est de prendre en compte les zones sous-médicalisées, en particulier rurales et de montagne, en précisant que les conventions doivent respecter les exigences de proximité dans l'accès aux soins.

Les réseaux ouverts garantissent le meilleur accès aux soins à l'assuré. Pourquoi maintenir une exception ? Pour assurer un maillage satisfaisant et éviter toute rupture d'égalité entre opticiens de banlieue et de centre ville.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Favorable à la demande de priorité de la commission.

La priorité est ordonnée.

M. le président. – Amendement n°4, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Elles ne peuvent avoir pour effet de réduire le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un professionnel, établissement ou service de santé ayant conclu une convention avec ces organismes.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Nous voulons garantir un remboursement minimal. Le remboursement différencié ne doit pas conduire à dérembourser les assurés qui auraient recours à un professionnel, un établissement ou un service de santé hors réseau, ce qui aurait pour effet d'accroître le reste à charge.

Cet amendement poserait un problème technique, nous a-t-on fait remarquer en commission : il faudrait une date. Nous pouvons le rectifier pour ajouter la mention « à la date de leur signature ».

M. le président. – Amendement n°11 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier.

Alinéa 8, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

M. Jean-Claude Requier. – Nous voulons interdire les réseaux fermés, même pour les opticiens, afin d'éviter une restriction de l'offre accessible aux patients : avec des réseaux fermés, nous craignons l'introduction insidieuse d'un *numerus clausus* dont pâtiraient les territoires ruraux.

M. le président. – Amendement n°1, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Alinéa 8, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

seulement opposable aux professionnels installés dans des communes de plus de 5 000 habitants

M. Gérard Roche. – Défendu.

M. le président. – Amendement n°14 rectifié *bis*, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary.

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les professions médicales visées à l'article L. 162-14-3 du présent code, les conventions doivent être conformes aux modèles-types nationaux négociés avec les organisations professionnelles représentatives visées à l'article L. 162-33.

Mme Catherine Procaccia. – L'engagement des organisations professionnelles représentatives assure un véritable dialogue social et un partenariat qui implique toute la profession. C'est la garantie d'une adhésion massive des professionnels au conventionnement lorsqu'il est le fruit de la concertation.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Favorable au sous-amendement n°19, en cohérence avec la position de la commission sur l'amendement n°1.

Les amendements n°5 rectifié et 10 rectifié reprennent une idée défendue sous le précédent gouvernement sur la proposition de loi Fourcade. Elle m'a longtemps séduit, mais j'y ai renoncé, en raison d'un risque constitutionnel d'atteinte à la liberté contractuelle. Renvoyer à un décret n'apporte pas de plus-value. En outre, ces amendements créeraient une instabilité juridique au préjudice des conventions signées avant la parution du décret, qui pénaliserait les patients. Il faut permettre des réseaux fermés en optique, en raison d'une situation différente de celle des autres professions de santé. C'est la négociation sur les prix qui peut faire diminuer le reste à charge des patients. Avis défavorable aux amendements n°5 rectifié, 10 rectifié et 11 rectifié.

L'amendement n°13 rectifié porte atteinte de manière disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Retrait.

Un cahier des charges national me paraît inadapté. Nous en avons longuement débattu en commission. La Haute Autorité de santé n'est pas compétente sur ce sujet. Le cadre des professions de santé est déjà très réglementé. Retrait de l'amendement n°2.

Je comprends les motifs de l'amendement n°4. Il est toutefois difficile d'en mesurer la portée pratique.

Réduire, oui, mais par rapport à quoi ? Le contrat préconise les conditions de remboursement. Les adhérents seront pleinement informés. Retrait.

Un modèle-type irait à l'encontre du principe de liberté contractuelle. Défavorable à l'amendement n°14 rectifié *bis*.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Je suis pleinement favorable à la réaffirmation du principe d'égal accès aux soins, quoiqu'il soit d'ores et déjà posé par le code de la santé publique. Il s'agit aussi d'en réaffirmer les conséquences financières et géographiques. Je partage votre préoccupation : la constitution de réseaux ne doit pas aboutir à des difficultés nouvelles pour une partie de la population. Je m'interroge néanmoins sur la réforme apportée par ce sous-amendement. Je donne un avis de sagesse.

Qu'est-ce que la proximité, pour un juge ? Combien de kilomètres ? Nous n'avons pas, dans notre droit, de référence. Je préférerais que ce principe fût posé dans l'article 3, à propos du rapport d'évaluation, lequel pourrait avancer des éléments concrets de définition de cette proximité. Votre sous-amendement pourrait être retiré ici et trouver sa place à l'article 3.

Les amendements n°5 rectifié, 10 rectifié, 14 rectifié *bis*, demandent des décrets d'application. Cette proposition de loi est suffisamment précise pour être d'application directe. Nous n'avons pas besoin d'un cahier des charges. Défavorable.

L'amendement n°13 rectifié a pour effet de refuser à plusieurs mutuelles de s'associer pour partager le même réseau. Défavorable.

L'amendement n°11 rectifié reprend une partie de l'amendement n°5 rectifié. Défavorable. La question, je l'ai dit, n'est pas de savoir si un réseau est ouvert ou fermé, mais de vérifier que l'égal accès aux soins est garanti.

Monsieur Vanlerenberghe, je prends l'engagement que l'évaluation sera menée à bien dans le cadre du rapport que j'ai évoqué. La HAS est inadaptée en la matière. Retrait de l'amendement n°2 ainsi que du n°4, car comment interdire les remboursements différenciés si l'on ne sait quelle est la base de départ ? Si le contrat est modifié, les adhérents pourront en sortir.

M. Jean-Noël Cardoux. – Je voterai l'amendement n°5 rectifié. Le Sénat a adopté l'article premier, formulé sur le principe de l'alignement des mutuelles sur les institutions d'assurance et de prévoyance. On va calquer un mécanisme mal défini. Le groupe UMP propose de relancer les négociations. Repartons sur de nouvelles bases et ne mettons pas en route une machine à broyer les professions de santé. Ne créons pas une énième haute autorité !

Nous sommes dans l'économie de libre concurrence. Si une décision du Conseil constitutionnel n'était pas inattendue, c'est bien celle

sur l'accord national interprofessionnel ! Les prix baisseront avec les réseaux ouverts. La libre concurrence est la seule garantie de la qualité et de la justesse des prix.

M. Alain Milon. – Très bien !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – L'article 3 est consacré à l'évaluation ; est-ce vraiment le lieu adéquat pour faire figurer le critère de la proximité ? Je veux bien rectifier mon sous-amendement n°19 pour dire qu'il s'agirait de proximité « géographique ». Est-ce bien utile ?

M. Yves Daudigny, Rapporteur. – J'ai donné un avis favorable à la première rédaction qui avait déjà restreint les risques de contentieux. On peut en rester là.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Soit.

Mme Isabelle Debré. – Ce sous-amendement nous pose un problème. Nous sommes opposés à ce qu'il y ait un seul réseau fermé. Serait-ce constitutionnel ? Pourquoi cibler les seuls opticiens ? Avec ce sous-amendement, le risque est grand d'en arriver à une usine à gaz. C'est pourquoi, en commission, nous nous étions demandé pourquoi ne pas faire comme pour les pharmaciens, avec référence à la population. Nous ne voterons donc pas le sous-amendement.

M. René-Paul Savary. – Je suis perplexe, par rapport à ce sous-amendement. Égalité d'accès aux soins, mais pour les zones rurales, des réseaux ouverts ! Les réseaux fermés vont tirer la qualité vers le bas. Après les inondations au Bangladesh, où il y a des usines de fabrication de verres d'excellente qualité, les lunettiers ont dû se tourner vers les fabricants français. Ce n'est qu'avec des réseaux ouverts que les prix baisseront et la qualité s'améliorera.

M. Alain Milon. – M. le rapporteur a estimé que pour les seuls opticiens, il fallait des réseaux fermés, du fait de leur nombre. Est-ce notre rôle de législateur ? M. Roche s'oppose à des réseaux fermés en zone rurale. C'est une usine à gaz que l'UMP ne peut accepter.

Mme la ministre vante l'efficacité des réseaux, créés depuis dix ans, qui soignent plus de la moitié des patients : si un Français sur cinq renonce encore aux soins, où est l'efficacité ? Dans le domaine dentaire, c'est la sécurité sociale, pas les réseaux, qui assure la prise en charge à 100 % des bilans bucco-dentaires à 6, 9 et 14 ans.

M. Jean-François Husson. – Nombre de Français renoncent aux soins, alors qu'il existe des dispositifs d'aide à l'acquisition de complémentaires santé : seuls 30 % des bénéficiaires potentiels en profitent. N'y a-t-il pas un problème d'information ?

Mieux vaut éviter de s'entêter : si le réseau est ouvert, tous les problèmes évoqués tombent. Le

rapport de l'Assemblée nationale montre qu'il existe six réseaux différents, dont l'un compte 1 600 opticiens et l'autre 10 000, où le reste à charge est d'un peu plus de 20 euros.

Avec des réseaux ouverts, chacun y gagnera. Ecoutez la sagesse sénatoriale !

Mme Catherine Deroche. – Je ne comprends pas pourquoi ce réseau fermé pour les opticiens. On va avoir un système à deux vitesses, d'un côté la qualité, de l'autre, des prix bas mais aux dépens de la qualité.

M. Marc Laménie. – Je dirai que je partage la notion de proximité géographique, mais attention à l'interprétation ! Les opticiens nous ont interpellés : qui a tort, qui a raison ? Les choses ne sont pas simples...

M. Gérard Roche. – Ne perdons pas de vue l'essentiel. Ce texte améliorera tout ce qui touche les déficits sensoriels : tant de personnes âgées par exemple ne peuvent s'équiper de lunettes et glissent dans la dépendance.

Mais il faut parvenir à un compromis. Pourquoi les opticiens et pas les autres ? On ne trouve plus de kinésithérapeutes dans les campagnes pour intervenir à domicile, alors que des magasins d'optique ne cessent de s'ouvrir. Il faut s'interroger !

Nous préférons que les réseaux soient ouverts, mais nous essayons de parvenir à un compromis pour voter ce texte.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Les accusations portées à mon encontre ne s'imposent pas. Je compte beaucoup d'amis chez les opticiens, mais cette profession n'est-elle pas en train de se mettre elle-même en danger par la multiplication des surfaces de vente en France ?

De plus, les prix sont plus élevés en France que chez nos voisins : c'est parce que les marges sont plus importantes, il faut le dire !

Notre objectif n'est pas de faire fermer les magasins d'opticiens, mais de maîtriser les dépenses de santé et le reste à charge. Comment faire ? Recourir aux réseaux de soins fermés, afin qu'ils soient efficaces. S'il y a trop d'opticiens dans le réseau, cela l'empêche de jouer son rôle. (*Exclamations à droite*)

Les réseaux doivent donc être fermés, même s'il ne s'agit que d'une simple faculté. D'ores et déjà, il existe de nombreux réseaux fermés en France, avec des milliers de participants.

M. René-Paul Savary. – Et alors ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Ce qui va changer, c'est le lien avec les mutuelles que nous prévoyons. (*M. Ladislas Poniatowski proteste*)

Mme Marisol Touraine, ministre. – Il faut garantir un meilleur accès aux soins de nos concitoyens, en supprimant la barrière financière, en particulier dans le cas de l'optique. L'enjeu est décisif et certaines pratiques - deux paires de lunettes pour le prix d'une - accréditent l'idée que les marges sont excessives. Il n'est qu'à voir les tarifs pratiqués chez nos voisins.

À la demande du groupe UDI-UC, le sous-amendement n°19 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	344
Nombre de suffrages exprimés.....	322
Pour l'adoption.....	186
Contre.....	136

Le Sénat a adopté.

À la demande du groupe socialiste, l'amendement n°18 est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants.....	346
Nombre de suffrages exprimés.....	326
Pour l'adoption.....	189
Contre.....	137

Le Sénat a adopté.

L'amendement n°5 rectifié devient sans objet.

Les amendements n°13 rectifié et 10 rectifié sont retirés

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je vais retirer mon amendement n°2, car la Haute autorité de santé n'est pas compétente, mais *quid* du contrôle ? Le législateur est responsable de la qualité des soins et des prestations est indispensable.

Sur l'amendement n°4, nous demandions une clause pour permettre à la date de signature d'une convention d'assurer que les adhérents ne perdent aucun avantage. Certes, une telle disposition est très complexe et risque d'être contournée – comme il est d'usage avec les assurances qui savent s'entourer de juristes subtils. Mais nous devons protéger les sociétaires ou les adhérents. J'aimerais entendre Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. – J'ai déjà précisé la position du Gouvernement. Je partage vos objectifs. La qualité est une préoccupation essentielle mais la Haute autorité de santé n'a pas la compétence. Les professionnels concernés sont de nature diverses : certains sont contrôlés par leur ordre, ce n'est pas le cas des opticiens ni des audioprothésistes. Il appartiendra à la mutuelle ou à la complémentaire de garantir la qualité des prestations. Si les retours étaient négatifs, les mutuelles demanderaient sans nul doute au professionnel mis en cause de faire des efforts. Sinon, il serait radié du réseau.

Le rapport prévu à l'article 3 permettra d'aller de l'avant. Lorsqu'un organisme modifiera la nature de son contrat, il en informera ses adhérents qui pourront en sortir.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je vais retirer mes amendements. Le contrôle, ce n'est pas la prestation, mais le cahier des charges : les référencements sont essentiels. Les conventions ne devront pas marquer une baisse de qualité. Je souhaite, madame la ministre, que vous ouvriez l'œil.

Chaque adhérent sera libre de dénoncer son contrat mais il sera tributaire de la branche dans laquelle il travaille. Espérons que les syndicalistes seront vigilants...

Les amendements n°2 et 4 sont retirés.

L'amendement n°11 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°1 est retiré.

L'amendement n°14 rectifié bis n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°6 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Mayet.

Alinéas 9 et 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions souscrites entre une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régie par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et les professions de santé mentionnées à la quatrième partie du code de la santé publique et dont les rapports sont régis par une convention nationale avec les caisses d'assurance maladie au sens des articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.

M. René-Paul Savary. – L'Assemblée nationale avait jugé utile de voter un amendement visant à exclure les honoraires des conventions entre les complémentaires santé pour les médecins libéraux. Or tous les professionnels de santé doivent être exclus de ce dispositif.

M. le président. – Amendement n°3, présenté par M. Roche et les membres du groupe UDI-UC.

Alinéa 10

Après le mot :

médecin

insérer les mots :

ou à un professionnel de santé n'appartenant pas à l'une des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Cet amendement est important : il exclut toutes les professions conventionnées par l'assurance maladie du champ du remboursement différencié et non les médecins uniquement.

On nous a dit en commission que cet amendement était sans objet, car seuls les médecins pratiquent des dépassements d'honoraires, mais les choses peuvent changer. De plus, le problème n'est pas du lien avec le dépassement d'honoraires mais des conventions passées avec l'assurance maladie. Je pense en particulier aux actes de kinésithérapie. Tout le système de soins risque d'être remis en cause.

Il convient donc d'exclure toutes les professions conventionnées du remboursement différencié.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – L'amendement n°6 rectifié serait préjudiciable pour les patients : le reste à charge est élevé pour les soins dentaires. D'après le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, il faudrait 3,4 milliards d'euros pour porter à 65 % le remboursement en ce domaine. Les complémentaires doivent pouvoir conventionner avec les dentistes. Avis défavorable.

Contrairement aux médecins, les autres professions médicales ne peuvent pas pratiquer des dépassements d'honoraires. Il suffit donc de préciser que les conventions ne contiennent pas de stipulations tarifaires. L'amendement n°3 n'a donc pas d'objet. Si, demain, les choses évoluaient, nous pourrions légiférer à nouveau, et le cas échéant au mois de juillet. *(Sourires)*

Autant j'ai souhaité que ce texte ne soit pas d'opportunité, autant il n'est pas nécessaire de légiférer sur les remboursements différenciés des professions non concernées. Retrait ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis sur l'amendement n°6 rectifié.

Retrait de l'amendement n°3 qui n'atteint d'ailleurs pas son objectif, car il vise les actes médicaux qui ne sont pas réalisables par des professions paramédicales, qui ne pratiquent pas des dépassements d'honoraires. Je puis vous assurer que le Gouvernement n'a pas l'intention de les autoriser. De plus, votre amendement aboutirait à ce que seules les sages-femmes soient concernées par les remboursements différenciés.

M. Jean-Noël Cardoux. – Je suis surpris par les avis sur l'amendement n°6 rectifié. Les infirmiers, les kinésithérapeutes tissent des liens avec leurs malades, qui sont déterminants pour leur guérison. En imposant des remboursements différenciés on risque d'éloigner les professionnels.

Dans *Les Echos* du 24 juillet, notre rapporteur avait déclaré qu'il voulait exclure toutes les professions pour les remboursements différenciés. A-t-il changé d'avis ?

L'objectif est de permettre un meilleur remboursement pour les prestations des opticiens, des audioprothésistes et des prothésistes dentaires - n'oublions pas que nous ne parlons pas des chirurgiens dentistes.

Il ne s'agit pas de professions médicales, mais commerciales. Il aurait suffi de flécher les trois secteurs qui posent problème et laisser les autres professions libérales sans contraintes.

M. Gérard Roche. – Notre rapporteur ne m'a pas vraiment convaincu : pour des tarifs de séances de kinésithérapie fixés à 16 euros, 10 étant remboursés par la sécurité sociale, les complémentaires pourraient moduler leur remboursement en fonction du conventionnement ou du non-conventionnement des professionnels concernés.

Il en va différemment des chirurgiens-dentistes. L'acte médical est conventionné. Le chirurgien-dentiste facture la prothèse moyennant un coefficient multiplicateur, par rapport à son coût, souvent élevé. Voilà une chose qu'on ne régulera pas... Je voterai l'amendement n°6 rectifié.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Il ne s'agit pas de dépassement d'honoraires, mais de complément du ticket modérateur remboursé par les mutuelles. Rien n'empêchera à l'avenir un kinésithérapeute de faire bénéficier ses patients de tarifs différenciés selon qu'ils adhèrent ou non à un réseau. Pourquoi se retenir de légiférer ? Le législateur est certes là pour corriger, mais aussi pour prévenir.

L'amendement n°6 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°3

M. le président. – Amendement n°12 rectifié, présenté par MM. Barbier, Mézard, Bertrand, Collin et Requier.

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les mutuelles ou unions relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances ou les institutions de prévoyance régies par le présent code ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations pour les actes de médecine qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

M. Jean-Claude Requier. – La rédaction actuelle généralise un système de prise en charge à deux vitesses pour l'ensemble des soins de santé courants. Cet amendement exclut les remboursements différenciés pour les actes de médecine et ce, qu'il s'agisse des mutuelles, des assurances ou des institutions de prévoyance.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – La notion « d'actes de médecine » est floue. Je rappelle que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes font partie des professions médicales selon le code de la santé publique. De plus, l'amendement renvoie à des actes et non à des professionnels. Surtout, il est largement satisfait par le texte adopté par la commission. Retrait ou rejet.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Même avis. L'alinéa 10 de l'article donne entièrement satisfaction à M. Requier.

L'amendement n°12 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°15 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary.

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette information ne peut contrevenir aux principes déontologiques fondamentaux qui organisent les relations du professionnel de santé avec le patient.

Mme Catherine Procaccia. – Nous avons dénoncé la logique strictement financière de certains réseaux actuels, qui s'organisent sans aucune base législative ni réglementaire. Cet amendement tend à éviter la transformation de l'acte médical en marchandise.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Quelle est la portée exacte de l'expression « principes déontologiques fondamentaux » ? L'interdiction de la publicité fait partie de la déontologie des chirurgiens-dentistes. Il ne faudrait pas que l'information du patient en vue de son orientation éventuelle vers les membres du réseau soit assimilée à de la publicité. Je suivrai l'avis du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Les règles déontologiques des professionnels de santé, qui traitent des relations entre les professionnels et leurs patients, sont garanties et vérifiées par les Ordres. Comment les transposer aux relations entre les organismes complémentaires et leurs adhérents dans le cadre du contrat qui les lie ? Cet amendement introduit de la confusion. L'information doit être délivrée avant la conclusion du contrat et tout au long de son exécution.

M. Jean-Louis Carrère. – Retrait !

Mme Catherine Procaccia. – Non ! Les chirurgiens-dentistes sont une profession médicale régie par un ordre. Dans ce dispositif, on les assimile à des commerçants. Ils ne sont pas là que pour faire de la prothèse, ils ont un rôle essentiel de soin et de prévention. Tel est l'esprit de cet amendement.

L'amendement n°15 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°16 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Bruguière, Cayeux, Debré et Deroche et MM. Cambon, Cardoux, J. Gautier, Milon et Savary.

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 863-9. - Les clauses contraires aux dispositions de l'article L. 863-8 sont réputées non écrites. »

Mme Catherine Procaccia. – Cet amendement garantit la sanction des clauses présentes dans les conventions – notamment celles des réseaux fonctionnant sans base réglementaire ni législative – qui seraient contraires aux dispositions de la loi.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Selon le droit des contrats, une clause est réputée non écrite si elle est contraire à une disposition expresse de la loi ; elle est censée n'avoir jamais existé. Les principes en jeu ici ne sont pas tous aussi précis qu'une clause contractuelle. Je ne suis pas certain que l'expression « réputées non écrites » soit bien judicieuse. D'où notre réserve sur la rédaction de l'amendement. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. – Défavorable. Une clause contraire à la loi est par définition sans fondement juridique et peut être contestée devant le juge.

L'amendement n°16 rectifié n'est pas adopté.

L'article 2, modifié, est adopté.

ARTICLE 3

M. le président. – Amendement n°7, présenté par M. Milon, Mmes Boog, Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet et Pinton, Mme Procaccia et M. Savary.

Première phrase

Supprimer les mots :

pour une période de trois ans

Mme Catherine Procaccia. – Nous ne remettons pas en cause l'intérêt du rapport en soi, mais il ne faut pas limiter dans le temps l'évaluation.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Il est d'usage dorénavant de ne plus adopter de rapports éternels, dans un souci de simplification du droit. M. Jean-Luc Warsmann en a fait adopter le principe. Mais l'usage est nouveau et peut souffrir des exceptions. Sagesse, en cette fin d'après-midi ! (*Mme Catherine Procaccia s'exclame*)

Mme Marisol Touraine, ministre. – Le Gouvernement penche pour un avis défavorable.

Mme Catherine Procaccia. – Comme toujours !

Mme Marisol Touraine, ministre. – Il est facile de demander des rapports mais ce sont les services du ministère qui les rédigent. Vous alourdissez leur charge et dans le même temps souhaitez réduire le nombre de fonctionnaires... À demander trop de rapports, on court le risque qu'ils ne soient pas remis à temps ou pas remis du tout. J'aurais apprécié qu'un tel rapport ne soit pas rendu au bout d'un an, nous avons sans doute besoin de davantage de recul. Tel est mon appel à la sagesse. (*Sourires*)

L'amendement n°7 n'est pas adopté.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je regrette que l'amendement n°7 n'ait pas été adopté. Il est toujours utile de mesurer les effets de la législation. On sait qu'il y a des marges d'erreur... Je souhaite que l'évaluation comporte le maximum de critères, l'accès aux soins, le reste à charge, l'impact sur les tarifs pratiqués par les professionnels. Il importe d'en apprécier les résultats le plus rapidement possible si on ne veut pas que le système des remboursements modulés se transforme en jungle.

Nous voterons l'article 3, madame la ministre, qui n'est pas une surcharge, mais une nécessité.

L'article 3 est adopté.

Interventions sur l'ensemble

Mme Jacqueline Alquier. – L'accès aux soins est une priorité de la politique de santé du Gouvernement et de sa majorité. Il y avait urgence à légiférer, pour mettre l'ensemble des organismes complémentaires sur un pied d'égalité, d'autant que la concurrence entre eux est vive. Le vide juridique est aujourd'hui comblé, les règles du jeu entre réseaux et organismes complémentaires sont redéfinies.

Mais il faudra aller plus loin. La réduction du reste à charge doit demeurer le fil rouge du Gouvernement comme du législateur. Il faut pour cela faire pression sur les prix. Nous avons la double responsabilité de consolider le financement de l'assurance maladie et de conforter les organismes complémentaires. Cette proposition de loi constitue une première étape nécessaire et indispensable. Je tiens à remercier le rapporteur, d'autant que le cheminement de cette proposition de loi ne fut pas facile. Son travail est tout à son honneur comme à l'honneur des valeurs que nous défendons ensemble. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

M. Marc Daunis. – Très bien !

Mme Laurence Cohen. – Le groupe CRC s'abstiendra sur l'ensemble, comme il l'a fait sur tous les amendements. Le constat est juste du mauvais remboursement de certains soins, mais les réponses apportées sont de court terme, face à la mutation de notre protection sociale vers un système de plus en

plus assurantiel, qui participe à la libéralisation de la santé. C'est une fuite en avant.

Avec ce texte qui autorise des remboursements différenciés selon les praticiens, le principe d'égalité est rompu. Le choix du praticien est-il d'ailleurs réel ou contraint ? Le rapport entre praticiens et patients-clients est modifié, au risque de dérive. Je regrette d'assister dans cet hémicycle à ce renoncement fataliste. On ouvre le marché aux mutuelles, comme on l'a déjà fait pour les assurances.

Il est possible de renforcer la sécurité sociale si on en a la volonté politique, en revenant sur les 30 milliards d'exonérations patronales, en tendant vers l'égalité salariale hommes-femmes, en mettant à contribution les revenus financiers et les retraites chapeau, comme l'ensemble de la gauche l'avait voté ici en 2012. Il faut aussi renforcer le rôle des pouvoirs publics.

Il est vrai que nous nous répétons ; ce n'est pas par dogmatisme mais par pédagogie. Nous n'en avons pas fini avec ces questions, nous y reviendrons lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. J'espère alors des réponses conformes aux valeurs qui semblent partagées à gauche...

M. Gérard Roche. – Nous avons eu un débat très intéressant sur un dossier difficile, où nombre d'intérêts étaient en jeu. Je remercie le rapporteur. Notre rôle de parlementaire est de nous mettre à la place des gens, souvent modestes, qui ne peuvent s'offrir les prothèses, dentaires ou autres, dont ils ont besoin. À l'exception d'un de ses membres, le groupe UDI-UC votera pour.

À la demande du groupe UMP, l'ensemble de la proposition de loi est mis aux voix par scrutin public.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	310
Pour l'adoption.....	173
Contre	137

Le Sénat a adopté.

(Applaudissements sur les bancs socialistes)

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Je remercie Mme la ministre pour la compréhension dont elle fait preuve, Mme la présidente de la commission des affaires sociales, qui a pris une part déterminante à notre travail, et l'ensemble des sénatrices et sénateurs de tous les bancs, qui par leur vote ou leur abstention, ont permis l'adoption d'un texte qui ne bouleverse pas notre système de santé, mais le fait progresser dans le bon sens.

Mme Marisol Touraine, ministre. – Nous ne sommes pas au bout du processus législatif, mais grâce à votre engagement et à votre travail, nous venons de franchir une étape importante vers un

meilleur accès aux soins pour tous nos concitoyens. Merci à toutes celles et à tous ceux qui y ont contribué dans un débat comme toujours courtois, constructif et utile. *(Applaudissements sur les bancs socialistes, du RDSE et au centre)*

Engagement de la procédure accélérée

M. le président. – En application de l'article 45, alinéa 2, de la Constitution, le Gouvernement a engagé la procédure accélérée pour l'examen du projet de loi relatif à la collégialité de l'instruction, déposé sur le Bureau de l'Assemblée nationale le 24 juillet 2013.

La séance est suspendue à 19 h 5.

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-LÉONCE DUPONT,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 30.

Conférence des présidents

M. le président. – Je vais vous donner lecture de la Conférence des présidents.

JEUDI 25 JUILLET

À 9 h 30, 14 h 30 et le soir :

- Trois conventions internationales en forme simplifiée.

- Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne.

- Nouvelle lecture du projet de loi organique et du projet de loi relatifs à la transparence de la vie publique.

En outre, la Conférence des présidents a procédé, pour la session 2013-2014, à la répartition des semaines de séances, ainsi qu'à la répartition par tirage au sort des espaces réservés aux groupes politiques.

Elle a enfin, sous réserve de la publication du décret du président de la République portant convocation du Parlement en session extraordinaire, envisagé un ordre du jour prévisionnel pour septembre 2013 et fixé les modalités d'examen et de discussion des textes susceptibles d'y être inscrits.

Dans l'attente de ce décret et de la lettre d'ordre du jour du Gouvernement, cet ordre du jour conditionnel et prévisionnel sera publié sur le site internet du Sénat, à titre purement informatif.

Règlement du budget (Nouvelle lecture)

M. le président. – L'ordre du jour appelle l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2012.

Discussion générale

M. Bernard Cazeneuve, ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget. – Depuis 1990, c'est la première fois qu'une loi de règlement n'est pas adoptée en première lecture. Nous avons donc le plaisir de nous retrouver pour la deuxième fois autour de ce grand texte.

En termes de transparence, nous avons fait de grands progrès, ainsi que pour la réduction du déficit. Nous maintenons l'effort de maîtrise des dépenses.

La Cour des comptes certifie les comptes de l'État, ce qui garantit leur transparence et leur fidélité absolue. En 2011, elle avait émis des réserves importantes. Tel n'est plus le cas. De même, la plupart des réserves substantielles qu'elle avait émises sur les comptes sociaux ont été levées.

Le nouveau semestre européen nous conduit à entretenir des relations exigeantes avec Bruxelles. Le Haut conseil des finances publiques porte, lui aussi, un regard impartial sur les comptes de l'État.

Enfin, le Gouvernement se tient à votre disposition pour rendre compte de l'exécution des budgets votés. Je suis venu deux fois devant la commission des finances pour le programme de stabilité et pour la présentation du rapport de la Cour des comptes.

La transparence est la règle et une exigence. Nous pouvons avoir des désaccords sur la politique menée, mais pas sur les chiffres publiés. Il n'y a donc pas lieu à procès sur les faits. La transparence rend aussi inutile un collectif budgétaire destiné à rendre compte de l'évolution des recettes et des dépenses de l'État. Une loi de finances rectificative n'aurait de sens que pour exiger de nouvelles hausses d'impôts ou de nouvelles coupes dans les dépenses.

Il est d'usage que les sénateurs de l'opposition s'émeuvent d'une réduction des déficits qui serait insuffisante. Or le déficit nominal a diminué de 5,3 % en 2011 à 4,8 % en 2012 et il sera en dessous de ce seuil en 2013. Le déficit structurel entre 2007 et 2012 a augmenté de deux points. En 2012, il a diminué de 1,1 %. En 2013, il sera en ligne avec ce que nous avons prévu et il devrait atteindre à l'horizon 2017 l'objectif fixé devant les institutions européennes.

Si, en 2012, nous n'avons obtenu que 4,8 alors que nous espérions 4,5, c'est à cause de l'atonie de la croissance et surtout au choc de Dexia et au rattrapage du budget de l'Union européenne, en octobre et novembre 2012.

L'effort sur les dépenses doit perdurer. La progression des dépenses publiques a été de 2 % par an entre 2002 et 2012. En 2012, l'évolution a été de 0,7 % et en 2014, nous devrions être à 0,5 %. Cela représente une division par quatre en dix-huit mois ! Les dépenses nettes de l'État devraient donc baisser de 1,5 milliard d'euros. Nous allons poursuivre ces efforts.

La dépense publique a augmenté de 170 milliards d'euros entre 2007 et 2012. L'effet de la RGPP a représenté 12 milliards, dont 2 ont été recyclés en mesures catégorielles. Pour 2014, nous présenterons sept fois plus d'économies et vous nous taxez de « laxisme » !

Pour les dépenses d'assurance maladie, l'Ondam a été exécuté en 2012 avec 900 millions d'euros de moins que l'objectif que la précédente majorité s'était fixé à elle-même et, pour 2013, nous sommes 200 millions en dessous de l'objectif que l'actuel Gouvernement s'est fixé au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013.

Donc, beaucoup d'efforts restent à faire. Si au cours des dix dernières années les déficits se sont creusés, la tendance est aujourd'hui inversée. Cette loi de règlement est l'occasion de dresser un bilan. Cet automne, nous discuterons de l'avenir. *(Applaudissements sur les bancs socialistes, écologistes et du RDSE)*

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. – Ce projet de loi de règlement est identique à celui que le Sénat a rejeté le 4 juillet. L'Assemblée nationale a en effet adopté le même texte qu'en première lecture. La divergence traduit donc des prises de positions politiques. M. Marini a estimé que « dans un monde normal, tout le monde devrait voter la loi de règlement » tout en appelant au rejet de ce texte qui n'est pourtant rien d'autre qu'un constat de gestion d'un exercice. Le groupe socialiste avait voté le projet de loi de règlement de 2011, estimant que ce vote ne valait pas approbation de la politique menée. D'autres ne considèrent pas que l'élégance doit l'emporter. Cette nouvelle lecture ne rapprochera pas les points de vue ; ce ne sera qu'une répétition de la première.

Je remercie M. le ministre pour son exposé : il a évoqué l'avenir et rappelé la trajectoire définie et suivie par le Gouvernement. Bien sûr, je suis favorable à l'adoption de ce texte, tandis que la commission des finances a émis ce matin un avis défavorable.

Mme Marie-France Beaufils. – La CMP a constaté des divergences d'appréciation. Le groupe CRC avait soutenu le collectif de l'été dernier, qui revenait sur les avantages fiscaux consentis aux plus riches, mais nous ne pouvons accepter la hausse de la TVA. Nous approuvons tous les progrès sociaux, d'où notre soutien à ce collectif et à la création de la Banque publique d'investissement. C'est aussi ce qui fait que nous ne nous sommes pas retrouvés dans le collectif

de fin d'année, non plus que dans la réforme de l'enseignement supérieur ou dans la loi sur les activités bancaires.

Les comptes de l'État ont été certifiés. Les mesures d'accroissement des produits fiscaux ont réussi à corriger les déficits budgétaires qui auraient dépassé 100 milliards d'euros. Accroître les prélèvements obligatoires permet d'améliorer la justice fiscale. Et regardons la réalité en face : quand les entreprises françaises paient un impôt sur les sociétés de 50 milliards d'euros, soit 2,5 % du PIB, elles font des envieux dans l'Europe entière. On en est à 5 % au Luxembourg, 4,2 % en Espagne, 3 % en Italie, 3,7 % en Belgique et même 3,8 % en Irlande.

Cela dit, les choix d'austérité sont mauvais. La zone euro a vu sa dette augmenter. Les pays les plus directement frappés par l'austérité ont vu leur dette s'accroître considérablement. Voyez l'Italie (90,2 % du PIB), l'Espagne (130,3 %), Chypre (86,9 %), la Grèce (160,5 %), le Portugal (127,5 %). Tous ces pays, sauf l'Italie, se caractérisent par un poids des prélèvements obligatoires inférieur à celui de l'Union européenne et de la zone euro.

Trop d'impôts tue l'impôt, est-il convenu de dire après Arthur Laffer. Nous disons que trop peu d'impôts tue l'État et crée des déficits publics persistants.

Préservez la France de cette situation et de l'engrenage informel dette-déficit-réduction de l'action publique. Le rapport Queyranne fait état de 110 milliards d'euros d'aide aux entreprises, soit deux fois plus que le produit de l'impôt sur les sociétés. N'oublions pas la fraude fiscale... Plus de 200 milliards d'euros échappent ainsi à l'imposition et aux cotisations sociales. À comparer aux 87 milliards de déficit de l'État et aux 11 milliards de déficits sociaux. Certes, il faut faire confiance aux entreprises, mais notre commerce extérieur est déficitaire, en partie du fait des productions françaises effectuées à l'étranger et réimportées.

Alors qu'il faut 10 milliards d'euros d'investissements sur cinq ans pour remettre en état le réseau ferré, on ne peut qu'appeler de nos vœux une relance de la consommation. Le rapport 2012 sur les finances des collectivités montre que les capacités d'investissement ont diminué tandis que l'emprunt augmentait de 16 %.

La gauche française a autre chose à faire que de gagner en responsabilité budgétaire ! Nous nous abstenons.

M. Jean-Claude Requier. – Le bilan chiffré pour 2012 n'est pas florissant : déficit, chômage, croissance atone. Pourtant, les efforts ont été réels. La Cour des comptes considère que la moitié du chemin a été parcourue. Réduire les déficits, c'est refuser d'être soumis aux marchés. Monsieur le ministre, allez-vous atteindre les objectifs fixés par le programme de stabilité ? Malgré quelques signaux positifs,

(*M. Philippe Dallier s'étonne*) les défaillances d'entreprises se multiplient, surtout dans les PME et les TPE. Les efforts ne doivent donc pas se relâcher et les réformes structurelles doivent se poursuivre pour éviter de se retrouver dans la situation de l'Espagne ou du Portugal.

Les recettes attendues diminuent. Les efforts doivent donc porter sur les dépenses, ce qui n'implique pas que nous voudrions un État au rabais, ou des coupes budgétaires aveugles. Des économies ciblées seront plus efficaces. Mieux dépenser, tout en garantissant la place de l'État, tel devra être l'objectif du projet de loi de finances pour 2014. La majorité du RDSE votera donc cette loi de règlement. (*Applaudissements sur les bancs socialistes, écologistes et du RDSE*)

M. André Gattolin. – Les écologistes ont voté ce texte en première lecture et ils le voteront à nouveau ce soir. En 2012, la nouvelle majorité a imprimé sa marque en matière budgétaire. L'effort de l'an passé a été sans commune mesure avec les années précédentes. Le déficit a été ramené de 5,3 % du PIB, à 4,8 %, tandis que les dépenses publiques étaient maîtrisées : elles n'ont augmenté que de 0,7 % en 2012, contre 1,7 % en moyenne au cours du quinquennat précédent.

Le bouclier fiscal, créé en 2006 et renforcé en 2007, a été supprimé. Sur le plan fiscal, la majorité a fait œuvre utile et juste. Les recettes de l'impôt sur le revenu ont augmenté de 15,6 % et celles de l'ISF de 16 %. Des améliorations restent néanmoins possibles, surtout en matière de fiscalité écologique. Or la TIPP n'a pas augmenté l'an dernier.

Dans une économie atone, une nouvelle étape doit être franchie, afin de progresser vers la mutation sociale et écologique dont notre pays a besoin. La taxe sur le gazole doit être relevée au même niveau que pour l'essence et la TVA doit baisser sur la rénovation des bâtiments. Il faudra lutter contre les dérives du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) : les grandes entreprises ne doivent pas en prendre prétexte pour faire pression sur leurs sous-traitants.

Vous connaissez la phrase de Oliver Wendell Holmes, en 1904, phrase qu'un ministre des finances de Franklin Roosevelt reprit à son compte : « les impôts sont le prix à payer pour une société civilisée ». J'ajoute qu'ils révèlent aussi la civilisation que nous voulons.

En Grande-Bretagne, M. Cameron a annoncé une fiscalité très basse pour l'exploitation des gaz de schistes, en dépit de l'usage de la fracturation hydraulique pour leur extraction et malgré les séismes qu'elle a causés. Le message est clair : ce pays reste prisonnier des schémas dépassés.

La ligne de notre Gouvernement est heureusement claire et a été rappelée par le président de la République. Nous devons tout faire pour favoriser la

transition écologique. La lutte contre le chômage passe aussi par là. (*Applaudissements sur les bancs socialistes, écologistes et du RDSE*)

M. Philippe Dallier. – Cette session extraordinaire est de moins en moins extraordinaire.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. – Nous avons été à bonne école !

M. Philippe Dallier. – *In fine*, le Parlement va adopter cette loi de règlement. Après l'échec de la CMP, ce texte a été rejeté par la commission des finances. Ce dernier épisode n'est pas anodin car l'arrêté des comptes devrait aller de soi.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. – C'est pour moitié le vôtre.

M. Philippe Dallier. – Vous dites avoir voté la loi de règlement en 2011 mais vous ne l'aviez pas fait en 2010, 2009, 2008, 2007.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. – Vous n'étiez pas là ! Nous sommes capables, nous, d'élégance politique

M. Philippe Dallier. – Cet exercice budgétaire partagé aurait pu rapprocher les points de vue. Tel ne fut pas le cas. L'opposition et une partie de votre propre majorité ont voulu vous envoyer des signaux.

La gauche de la gauche a vu ses espoirs douchés et s'abstient. Pour notre part, nous avons appelé l'exécutif à un sursaut pour qu'il prête une meilleure attention aux remarques de la Cour des comptes. Votre majorité n'a eu de cesse de défaire ce que nous avons fait tout en multipliant les dépenses. Un an plus tard, tous les indicateurs sont au rouge, mais vous affirmez que tout est sous contrôle et vous refusez un collectif.

Malgré les demandes de M. Marini, vous avez refusé un vote sur le programme de stabilité et sur la loi d'orientation des finances publiques, d'où notre vote sur ce projet de loi.

Pour 2012, les dépenses de l'État ont certes diminué, mais grâce au gouvernement Fillon. Vous avez bénéficié de la RGPP que vous avez tant critiquée, et du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, comme l'a noté la Cour des comptes. En outre, vous avez bénéficié de taux d'intérêt très bas. C'est heureux mais conjoncturel. Nous ne savons pas combien de temps cela durera.

L'année 2012 aura été celle des promesses non tenues et des décisions mal ficelées, retoquées par le Conseil constitutionnel, comme la taxation des hauts revenus à 75 %. Et aussi celle de vos propres décisions sur lesquelles vous revenez, je pense aux plus-values de cessions immobilières et de valeurs mobilières. Au lieu de débloquer la situation au moyen d'un collectif budgétaire, vous préférez faire attendre encore de longs mois les personnes concernées.

Vous avez cru aussi que l'on pouvait taxer toujours plus les entreprises et les particuliers. Mais les contrats de génération et les contrats d'avenir, qui tardent tellement à décoller, ne sont qu'un traitement social du chômage. Il ne fallait pas taxer les entreprises encore plus, décourager l'investissement. Vous auriez dû baisser les charges patronales. Par pure idéologie, vous avez supprimé la TVA compétitivité, puis vous avez décidé d'y revenir à moitié. Nous avons commis une erreur, en ne la mettant pas en place dès 2009.

Depuis le 14 juillet, le président de la République s'en va répétant que tout va bien, qu'un peu de patience suffit, mais personne n'y croit. Sans doute cherchait-il surtout à se persuader lui-même... En flambant porte-étendard, M. le ministre ressasse de bons chiffres, dont nous ne contestons pas la véracité mais l'interprétation, d'autant qu'il oublie ceux qui seraient désagréables.

L'honnêteté intellectuelle aurait dû vous faire reconnaître que, si nous avons aggravé le déficit et la dette, c'est que le pays était confronté à une crise d'une gravité exceptionnelle venue des États-Unis. À cette époque, d'ailleurs, l'opposition nous poussait plutôt à en faire encore davantage.

Un an après votre arrivée au pouvoir, tous les indicateurs sont au rouge : chômage, endettement à 90 %, baisse historique du pouvoir d'achat, baisse de la consommation des produits manufacturés, du taux de marge des entreprises et niveau record des prélèvements obligatoires. Depuis un an, nous avons effectivement battu des records... et avons perdu notre dernier triple A, avec la dégradation que nous a infligée l'agence Fitch.

Au regard de ces mauvais choix, dont le matraquage des entreprises et des ménages, le groupe UMP n'approuve pas le projet de loi de règlement.

La discussion générale est close.

L'article liminaire est adopté, ainsi que les articles premier, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 et 9.

Interventions sur l'ensemble

Mme Michèle André. – Les sénateurs socialistes voteront ce projet de loi de règlement qui prend de manière réaliste la situation telle qu'elle est. Se désendetter n'est pas un choix, c'est une obligation pour retrouver toute notre souveraineté dans un espace européen que nous avons choisi et que nous aimons. Nous vous faisons confiance pour aujourd'hui et pour demain.

M. François Marc, rapporteur général de la commission des finances. – En écoutant M. Dallier, j'ai mieux compris pourquoi le groupe UMP rejette cette loi de règlement, ce qui est un vote curieux puisque

jusqu'en mai 2012, M. Fillon était Premier ministre. En fait, vous sortez d'un très long chemin de croix : vous avez dit à plusieurs reprises « nous aurions dû »... C'est l'échec de votre politique qui se concrétise dans cet exercice 2012 et qui s'est traduit dans les urnes.

Lors du discours de Toulon, on nous avait dit que le capitalisme allait être mieux régulé. Qui l'a fait ? Pas le gouvernement Fillon mais le nôtre, avec la loi de régulation bancaire. C'est comme lorsqu'un des vôtres se vantait de « terroriser les terroristes »...

En 2012, vous avez piteusement dû défaire ce que vous aviez fait au début du quinquennat. Ainsi, avez-vous mis fin au bouclier fiscal. Je comprends mieux votre frustration : vous n'êtes pas fiers de ce que vous avez fait durant ce quinquennat peu apprécié des Français qui ont voté pour une autre majorité. *(Applaudissements sur les bancs socialistes)*

M. Philippe Dallier. – Pure honnêteté intellectuelle de ma part, que de reconnaître que nous aurions pu mettre en œuvre la TVA sociale plus tôt. Plusieurs sénateurs, dont Jean Arthuis et Philippe Marini, ont plaidé à de multiples reprises en faveur de cette mesure. Vous étiez franchement contre. Faites aussi preuve d'un peu d'honnêteté intellectuelle. Quand je vois l'état de l'opinion après un an, je vous dis : de grâce, ne fanfaronnez pas !

L'ensemble du projet de loi est mis aux voix par scrutin public ordinaire de droit.

M. le président. – Voici les résultats du scrutin :

Nombre de votants	346
Nombre de suffrages exprimés	325
Pour l'adoption.....	157
Contre	168

Le Sénat n'a pas adopté.

Prochaine séance demain, jeudi 25 juillet 2013, à 9 h 30.

La séance est levée à 22 h 35.

Jean-Luc Dealberto

Directeur des comptes rendus analytiques

ORDRE DU JOUR

du jeudi 25 juillet 2013

Séance publique

À 9 HEURES 30, 14 H 30 ET LE SOIR

Projet de loi autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées (n° 602, 2012-2013).

Rapport de Mme Michelle Demessine, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées (n° 766, 2012-2013).

Texte de la commission (n° 767, 2012-2013).

Projet de loi autorisant la ratification de l'accord-cadre entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la République de Corée, d'autre part (n° 678, 2012-2013).

Rapport de M. Michel Boutant, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées (n° 763, 2012-2013).

Texte de la commission (n° 765, 2012-2013).

Projet de loi autorisant la ratification de l'accord de libre-échange entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la République de Corée, d'autre part (n° 677, 2012-2013).

Rapport de M. Michel Boutant, fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées (n° 763, 2012-2013).

Texte de la commission (n° 764, 2012-2013).

Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France

Rapport de M. Alain Richard, rapporteur pour le Sénat (n° 768, 2012-2013).

Texte de la commission (n° 769, 2012-2013).

Nouvelle lecture du projet de loi organique et du projet de loi, adoptés par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relatifs à la transparence de la vie publique (n°^s797 et 798, 2012-2013).

Rapport de M. Jean-Pierre Sueur, fait au nom de la commission des lois (n° 801, 2012-2013).

Résultats des travaux de la commission (n°^s802 et 803, 2012-2013).