

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 18 novembre 2016

(22^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. HERVÉ MARSEILLE

Secrétaires :

Mmes Valérie Létard, Catherine Tasca.

1. **Procès-verbal** (p. 17667)
2. **Financement de la sécurité sociale pour 2017.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 17667)

QUATRIÈME PARTIE (*SUITE*) (p. 17667)

Article 43 *quater* (*nouveau*) (p. 17667)

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

Amendements identiques n° 41 rectifié *bis* de M. Charles Revet, 163 rectifié de M. Jean-François Husson, 285 de M. Georges Labazée, 343 de Mme Laurence Cohen, 399 rectifié *bis* de M. Michel Canevet et 431 rectifié *bis* de Mme Hermeline Malherbe. – Adoption des amendements n° 163 rectifié, 343 et 431 rectifié *bis* supprimant l'article, les amendements n° 41 rectifié *bis*, 285 et 399 rectifié *bis* n'étant pas soutenus.

Amendement n° 132 rectifié de la commission. – Devenu sans objet.

Amendement n° 197 rectifié *bis* de M. Alain Vasselle. – Devenu sans objet.

Articles 43 *quinquies* et 43 *sexies* (*nouveaux*) – Adoption. (p. 17672)

Articles additionnels après l'article 43 *sexies* (p. 17672)

Amendement n° 345 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 375 rectifié de M. Dominique Watrin. – Rejet.

Amendement n° 374 rectifié de M. Dominique Watrin. – Rejet.

Article 43 *septies* (*nouveau*) (p. 17676)

Amendement n° 133 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Articles additionnels après l'article 43 *septies* (p. 17677)

Amendements identiques n° 45 rectifié *ter* de M. Olivier Cigolotti, 231 rectifié *ter* de Mme Catherine Deroche et 239 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 170 de M. Jean-Louis Tourenne. – Non soutenu.

Article 44 (p. 17678)

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

Amendement n° 13 *ter* rectifié de M. François Comminhes. – Adoption.

Amendements identiques n° 7 rectifié *bis* de M. Yves Daudigny et 252 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 44 (p. 17682)

Amendement n° 222 de Mme Catherine Deroche. – Retrait.

Amendement n° 346 rectifié *bis* de Mme Laurence Cohen. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 44 *bis* (*nouveau*) (p. 17684)

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

Amendement n° 237 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Amendements identiques n° 153 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller et 172 rectifié *ter* de Mme Élisabeth Doineau. – Devenus sans objet.

Article additionnel après l'article 44 *bis* (p. 17686)

Amendement n° 377 rectifié de M. Antoine Karam. – Non soutenu.

Article 44 *ter* (*nouveau*) – Adoption. (p. 17686)

Article additionnel après l'article 44 *ter* (p. 17687)

Amendement n° 347 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Article 45 (p. 17687)

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

Amendement n° 18 rectifié de M. François Comminhes. – Adoption.

Amendement n° 182 rectifié de Mme Françoise Férat. – Non soutenu.

Amendement n° 253 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 19 rectifié de M. François Commines. – Retrait.

Amendement n° 142 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 97 de la commission. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 45 (p. 17692)

Amendement n° 210 rectifié de M. Claude Kern. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 180 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Rejet.

Amendement n° 143 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 155 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Article 45 *bis* (nouveau) (p. 17693)

Amendement n° 98 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Articles 45 *ter* et 45 *quater* (nouveaux) – Adoption. (p. 17693)

Article additionnel après l'article 45 *quater* (p. 17694)

Amendement n° 40 rectifié de M. Roger Karoutchi. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 45 *quinquies* (nouveau) (p. 17694)

Amendement n° 99 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 45 *sexies* (nouveau) (p. 17695)

Amendement n° 100 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 46 (p. 17695)

M. Dominique Watrin

Amendement n° 101 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 103 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 104 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 148 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Rejet.

Amendement n° 105 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 350 de M. Dominique Watrin. – Retrait.

Amendement n° 149 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 351 de M. Dominique Watrin. – Retrait.

Amendement n° 203 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Amendement n° 204 rectifié de Mme Dominique Gillot. – Retrait.

Amendement n° 107 de la commission. – Retrait.

Suspension et reprise de la séance (p. 17702)

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET

3. Remplacement d'un sénateur décédé (p. 17702)

4. Décision du Conseil constitutionnel sur deux questions prioritaires de constitutionnalité (p. 17702)

5. Décès suspects au CHU de Nantes (p. 17702)

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé; M. le président.

6. Financement de la sécurité sociale pour 2017. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 17703)

QUATRIÈME PARTIE (SUITE) (p. 17703)

Article 46 (suite) (p. 17703)

Amendement n° 106 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 349 de M. Dominique Watrin. – Rejet.

Amendement n° 443 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 352 de M. Dominique Watrin. – Retrait.

Amendement n° 437 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 108 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 147 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 284 rectifié de M. Georges Labazée. – Non soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 46 (p. 17705)

Amendement n° 371 rectifié de M. Dominique Watrin. – Rejet par scrutin public.

Amendements identiques n° 267 rectifié *bis* de Mme Françoise Laborde et 312 rectifié de M. Dominique Watrin; sous-amendement n° 452 rectifié de la commission. – L'amendement n° 267 rectifié *bis* n'étant pas soutenu; retrait de l'amendement 312 rectifié, le sous-amendement n° 452 rectifié devenant sans objet.

Amendement n° 353 de M. Dominique Watrin. – Rejet.

Amendement n° 144 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Amendement n° 354 de M. Dominique Watrin. – Rejet.

Amendement n° 400 rectifié *ter* de M. Michel Canevet. – Non soutenu.

Article 46 *bis* (nouveau) (p. 17710)

Amendement n° 109 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 47 (p. 17710)

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

Mme Laurence Cohen

Adoption de l'article.

Articles additionnels après l'article 47 (p. 17711)

Amendement n° 259 rectifié de M. Michel Amiel. – Rejet.

Amendement n° 356 rectifié de Mme Gérita Hoarau. – Retrait.

Amendement n° 357 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 47 *bis* (nouveau) (p. 17713)

Amendements identiques n° 110 rectifié de la commission et 199 rectifié de M. Yves Daudigny. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 48 (p. 17714)

Amendement n° 275 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 111 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 48 (p. 17716)

Amendement n° 359 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 360 rectifié de Mme Gérita Hoarau. – Retrait.

7. Salut à une délégation (p. 17718)

8. Financement de la sécurité sociale pour 2017. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 17719)

QUATRIÈME PARTIE (SUITE) (p. 17719)

Article 48 *bis* (nouveau) (p. 17719)

Amendement n° 112 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel avant l'article 49 (p. 17719)

Amendement n° 361 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Article 49 (p. 17720)

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

Amendement n° 280 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Amendement n° 113 rectifié de la commission. – Adoption. Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 49 (p. 17723)

Amendement n° 145 rectifié *ter* de M. Philippe Mouiller. – Retrait.

Article 50 (p. 17723)

M. Yves Daudigny

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

Amendement n° 189 rectifié de M. Yves Daudigny et sous-amendement n° 114 rectifié de la commission. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié rédigeant l'article.

Amendement n° 363 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n° 260 rectifié de M. Michel Amiel et 364 de Mme Laurence Cohen. – Devenus sans objet.

Suspension et reprise de la séance (p. 17728)

Articles additionnels après l'article 50 (p. 17728)

Amendements identiques n° 261 rectifié de M. Michel Amiel et 365 de Mme Laurence Cohen. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 262 rectifié de M. Michel Amiel. – Retrait.

Article 51 (p. 17729)

Amendement n° 135 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 281 rectifié de M. Michel Amiel. – Non soutenu.

Amendements identiques n° 115 de la commission et 190 rectifié de M. Yves Daudigny. – Retrait de l'amendement n° 190 rectifié; adoption de l'amendement n° 115.

Amendement n° 278 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n° 216 rectifié *bis* de M. Bruno Gilles et 218 rectifié de Mme Catherine Deroche. – L'amendement n° 218 rectifié est devenu sans objet, l'amendement n° 216 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 51 (p. 17733)

Amendement n° 366 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 282 rectifié de M. Jean-Pierre Sueur. – Retrait.

Article 52 (p. 17735)

Amendements identiques n° 215 rectifié *bis* de M. Bruno Gilles et 219 rectifié de Mme Catherine Deroche. – Adoption de l'amendement n° 219 rectifié, l'amendement n° 215 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n° 116 de la commission et 193 rectifié de M. Yves Daudigny. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 442 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 455 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 164 rectifié de Mme Corinne Imbert. – Adoption.

Amendement n° 192 rectifié de M. Yves Daudigny. – Devenu sans objet.

Amendement n° 454 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 453 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 165 rectifié *bis* de Mme Corinne Imbert. – Retrait.

Amendement n° 456 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 367 de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 52 (p. 17743)

Amendement n° 427 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 369 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Retrait.

Amendement n° 426 de Mme Aline Archimbaud. – Retrait.

Amendement n° 344 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 330 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 370 de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 277 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Amendement n° 117 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 276 rectifié de M. Gilbert Barbier. – Retrait.

Article 52 *bis* (nouveau) (p. 17747)

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

Amendements identiques n° 118 de la commission, 233 de M. Charles Revet et 263 rectifié de M. Michel Amiel. – Adoption des amendements n° 118 et 263 rectifié supprimant l'article, l'amendement n° 233 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 174 rectifié *bis* de Mme Élisabeth Doineau. – Devenu sans objet.

Article 53 (p. 17749)

Amendement n° 372 rectifié de Mme Laurence Cohen. – Rejet.

Amendement n° 457 du Gouvernement. – Adoption, après un vote par division, du I de l'amendement, et de l'ensemble de l'amendement, modifié.

Amendements identiques n° 134 de la commission et 146 rectifié *bis* de M. Philippe Mouiller. – Adoption de l'amendement n° 134, l'amendement n° 146 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Adoption de l'article modifié.

Article 54 (p. 17751)

Amendement n° 136 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 55 (p. 17751)

Amendement n° 137 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article additionnel avant l'article 56 (p. 17752)

Amendement n° 119 de la commission. – Retrait.

Article 56 (p. 17752)

Amendement n° 120 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 57 (p. 17753)

Amendements identiques n° 121 de la commission et 373 de M. Dominique Watrin. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article additionnel après l'article 57 (p. 17754)

Amendement n° 122 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 57 *bis* (nouveau) (p. 17755)

Amendement n° 123 de la commission. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 58 – Adoption. (p. 17756)

Article 59 (p. 17756)

Amendement n° 124 de la commission. – Retrait.

Amendement n° 125 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 126 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 60 (p. 17757)

Amendement n° 451 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 127 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 128 rectifié de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie (p. 17759)

M. Yves Daudigny

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

M. Jean Desessard

Mme Laurence Cohen

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

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

Renvoi de la suite de la discussion.

9. Ordre du jour (p. 17760)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTENCE DE M. HERVÉ MARSEILLE

vice-président

Secrétaires :

Mme Valérie Létard,

Mme Catherine Tasca.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures quarante-cinq.)

1

PROCÈS-VERBAL

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

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

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

2

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2017

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017 (projet n° 106, rapport n° 114 [tomes I à VIII], avis n° 108).

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre IV de la quatrième partie, à l'article 43 *quater*.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE IV (SUITE)

Dispositions relatives à la branche maladie

Chapitre II (suite)

PROMOUVOIR LES PARCOURS DE SANTÉ

Article 43 *quater* (nouveau)

- ① I. – À défaut de signature avant le 1^{er} février 2017 d'un avenant à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.
- ② Ce projet de convention reconduit la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur, en modifiant ses articles 4.2.1 et 4.3.3 et ses annexes I et V, pour déterminer les tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs. Les dispositions de la convention antérieure continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral qui la remplace.
- ③ L'arbitre est désigné avant le 1^{er} février 2017 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des chirurgiens-dentistes. À défaut, l'arbitre est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, dans un délai de huit jours. Le nom de l'arbitre est notifié aux partenaires conventionnels ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ L'arbitre dispose d'un délai d'un mois à compter de sa désignation pour transmettre un projet de règlement arbitral aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il auditionne les représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.
- ⑤ Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale s'applique aux conditions de transmission, d'approbation et de mise en œuvre du règlement arbitral.

⑥ La procédure d'approbation de l'avenant mentionné au premier alinéa du présent article est mise en œuvre sans appliquer le délai prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-14-3 du même code.

⑦ II. – La deuxième partie du code de la santé publique est ainsi modifiée :

⑧ 1° L'intitulé est complété par les mots : « , de l'adolescent et du jeune adulte » ;

⑨ 2° L'intitulé du titre III du livre I^{er} est complété par les mots : « , l'adolescent et le jeune adulte » ;

⑩ 3° Le même titre III est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

⑪ « CHAPITRE IV

⑫ « Examens et prévention

⑬ « Art. L. 2134-1. – Dans l'année qui suit leur neuvième, leur quinzième, leur dix-huitième, leur vingt et unième et leur vingt-quatrième anniversaire, les assurés bénéficient d'un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. Ces examens, ainsi que les soins consécutifs, ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des assurés.

⑭ « Les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale déterminent, pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes, la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. À défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de disposition sur la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen et sur la prise en charge des soins consécutifs, ces dernières sont définies par arrêté interministériel. »

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je veux rappeler l'importance de l'enjeu sous-jacent à cet article.

Des négociations conventionnelles sont actuellement en cours entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie. Il s'agit d'adopter un avenant à la convention tacitement reconduite en juin dernier portant sur le rééquilibrage des soins conservateurs et des soins prothétiques dans la rémunération des professionnels.

Anticipant un possible échec de ces négociations en cours, l'article 43 *quater* vise à définir une procédure arbitrale subsidiaire permettant de mettre en œuvre cette réforme dans le cas où la procédure n'aboutirait pas avant le 1^{er} février 2017.

La mise en œuvre d'une procédure arbitrale, telle qu'elle est prévue par l'article L.162-14-2 du code de la sécurité sociale, apparaît tout à fait souhaitable en cas de blocage des négociations conventionnelles. Sur ce point, madame la ministre, nous sommes d'accord avec vous.

Cette procédure générique est cependant prévue pour l'élaboration d'une nouvelle convention, et non pour la mise en œuvre d'un avenant ponctuel, par une procédure *ad hoc*. Or c'est bien ce qu'il est proposé de faire ici, à savoir changer les règles du jeu en cours de négociation.

Bien évidemment, on ne peut que reconnaître l'évidente nécessité d'un meilleur équilibre entre les soins conservateurs et les actes prothétiques dans la rémunération des chirur-

giens-dentistes. Pour autant, il paraît très peu opportun de modifier les règles conventionnelles en cours de négociation. En outre, cela risquerait de déstabiliser l'équilibre conventionnel global de l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

Une série de sept amendements visant à la suppression de cette procédure arbitrale *ad hoc* ont été déposés. Les six premiers amendements tendent à la suppression totale de l'article ; le septième, déposé au nom de la commission, ne tend qu'à la suppression des six premiers alinéas de l'article 43 *quater*, les alinéas suivants concernant l'inscription dans le code de la santé publique d'un dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des enfants et des jeunes.

La commission a émis un avis favorable sur les amendements de suppression totale de l'article. À titre personnel, je signale toutefois qu'il est possible de supprimer la procédure arbitrale, qui pose problème, tout en conservant le reste du dispositif.

L'amendement n° 197 rectifié *bis* tend quant à lui à repousser de six mois la date à laquelle le règlement arbitral pourrait intervenir. Si je comprends l'intention des auteurs de cet amendement, je leur demanderai de bien vouloir le retirer. En effet, le problème posé ici n'est pas tant la durée impartie aux négociations, que le caractère *ad hoc* du dispositif imaginé par le Gouvernement. En outre, en cas d'échec de la négociation, une telle disposition pourrait créer un précédent dangereux pour l'ensemble de l'édifice conventionnel.

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

L'amendement n° 41 rectifié *bis* est présenté par MM. Revet, Vaspert, Cornu, G. Bailly, Bignon, Bizet, D. Laurent et Chaize, Mme Duchêne et MM. Mayet et Grand.

L'amendement n° 163 rectifié est présenté par M. Husson, Mme Cayeux, MM. B. Fournier et Savin, Mme Estrosi Sassone, MM. Bas, Laufoaulu, Perrin, Raison et Chasseing, Mme Gruny, MM. de Raincourt et Rapin, Mme Hummel, MM. Lefèvre et Revet, Mme Mélot, MM. Houel, Karoutchi, Laménie et Buffet, Mme Deromedi, MM. Lemoyne et Longuet, Mme Lamure et M. Gremillet.

L'amendement n° 285 est présenté par M. Labazée.

L'amendement n° 343 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 399 rectifié *bis* est présenté par MM. Canevet, Gabouty, Longeot, Détraigne, Cadic, Luche, Marseille, Tandonnet et L. Hervé, Mme Billon, M. Delahaye et Mme Férat.

L'amendement n° 431 rectifié *bis* est présenté par Mme Malherbe, MM. Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mme Laborde, MM. Mézard, Requier et Barbier et Mme Jouve.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

L'amendement n° 41 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Jacky Deromedi, pour présenter l'amendement n° 163 rectifié.

Mme Jacky Deromedi. Le présent article, introduit par le Gouvernement à l'Assemblée nationale, prévoit l'intervention d'une procédure de règlement arbitral en l'absence de signature d'un avenant à la convention dentaire d'ici au 1^{er} février 2017.

L'arbitre désigné arrêterait alors un projet de convention reconduisant le texte en vigueur et modifiant les articles relatifs aux tarifs – notamment les articles 4.2.1 et 4.3.3 et les annexes I et V de la convention –, ainsi que la limite applicable aux dépassements autorisés sur tout ou partie de ces tarifs.

La convention dentaire a été tacitement reconduite pour cinq ans, par avis publié au *Journal officiel* du 20 juillet 2016.

La négociation, qui a débuté le 22 septembre dernier et qui réunit autour de la table les trois syndicats représentatifs – la Fédération des syndicats dentaires libéraux, FSDL, la Confédération nationale des syndicats dentaires, CNSD, et l'UJCD-Union Dentaire –, l'Union nationale des caisses d'assurances maladie, l'UNCAM, et l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaire, l'UNOCAM, porte sur la signature d'un avenant n° 4 ayant pour ambition de rééquilibrer les soins dentaires.

Cette disposition, inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale alors que la négociation est en cours, remet en cause les prérogatives des partenaires conventionnels et nie leur capacité à pouvoir aboutir à un accord. En outre, elle modifie le cadre juridique et la procédure conventionnelle de façon arbitraire et fragilise pour l'avenir l'ensemble des conventions.

Nous demandons donc la suppression du présent article, afin de permettre le succès de la négociation en cours.

M. le président. L'amendement n° 285 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 343.

Mme Laurence Cohen. L'article 43 *quater*, introduit à l'Assemblée nationale par un amendement gouvernemental, propose de fixer une date butoir aux négociations visant à la signature d'un avenant à la convention de 2006 des chirurgiens-dentistes.

En cas d'échec de ces négociations au 1^{er} février 2017, un règlement arbitral définira la nouvelle convention en y inscrivant des dispositions non négociées.

Les syndicats responsables de la négociation – la FSDL, la CNSD et l'Union dentaire –, l'UNCAM et l'UNOCAM ont pourtant commencé la négociation du quatrième avenant à cette convention le 22 septembre 2016. Qui plus est, les discussions respectent les objectifs et les axes que vous avez vous-même fixés, madame la ministre, notamment en ce qui concerne l'encadrement des tarifs des soins dentaires.

Après quatre séances d'échanges, les constats sur l'état des lieux sont partagés et la volonté de changer la situation pour améliorer l'accès aux soins semble unanime. À ce stade de la discussion, les moyens à mettre en œuvre pour aboutir à une ambitieuse réforme du financement des soins dentaires n'ont pas encore été définis.

Faisant visiblement peu confiance à la capacité des partenaires conventionnels de mener à bien ces négociations, le Gouvernement a décidé de changer les règles du jeu, sans doute pour annoncer une réforme de soins dentaires en trompe-l'œil, qui ne changera rien aux problèmes de nos concitoyens.

Ce passage en force, en imposant une procédure arbitrale en l'absence d'accord avant le 1^{er} février 2017, n'est pas la bonne méthode. Les difficultés d'accès à l'ensemble des soins dentaires – préventifs, conservatoires, prothétiques, orthodontiques et implantaires – résultent en grande partie de l'aspect financier.

Or la solution ne se trouve pas dans les soins *low cost*, comme en témoignent les 2 000 victimes des cabinets Dentexia. La santé bucco-dentaire doit être traitée sur le même plan que la santé en général. Toute discrimination va à l'encontre de la santé de la population.

L'élaboration d'une véritable politique de prévention bucco-dentaire collective et individuelle dès le plus jeune âge, de concert avec les professionnels du secteur, nous semble la mesure la plus pertinente d'un point financier, comme le montre l'exemple du département pilote du Val-de-Marne.

M. le président. L'amendement n° 399 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 431 rectifié *bis*.

M. Gilbert Barbier. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble des amendements restant en discussion ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Favorable, monsieur le président, pour les raisons que j'ai évoquées lors de mon intervention sur l'article.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Ces amendements de suppression me surprennent un peu.

L'accès aux soins dentaires dans notre pays constitue aujourd'hui un enjeu majeur. Tout d'abord, parce que les prix des soins dentaires, en particulier les soins prothétiques, qui ne sont pas encadrés, sont extrêmement élevés – les différences peuvent donc être très importantes selon les praticiens. Ensuite, parce que la part prise en charge par la sécurité sociale est inférieure à celle des organismes complémentaires.

Le Gouvernement vise donc un double objectif : une baisse des prix des prothèses, en échange d'une revalorisation des tarifs de soins dits « conservateurs » ; l'augmentation progressive de la part prise en charge par l'assurance maladie par rapport à celle des complémentaires, pour se rapprocher du droit commun.

Cela ne se fera pas un an. Le Gouvernement a mis en place un plan pluriannuel. Nous avons prévu, pour la seule année 2017, une enveloppe de 200 millions d'euros. Nous savons que cela ne suffira pas. C'est la raison pour laquelle les sommes allouées sur cinq ans seront, au final, beaucoup plus importantes.

Ce n'est pas la première fois que les partenaires conventionnels engagent des négociations sur la maîtrise du prix des prothèses. En 2006, lors de la négociation de la convention, les constats étaient déjà partagés par l'ensemble des acteurs. Tout le monde était d'accord pour aller vers une maîtrise, sinon une baisse, des prix des prothèses et une revalorisation des soins conservateurs. Où en sommes-nous aujourd'hui ? Rien n'a changé, et les inégalités se sont même encore creusées.

Je ne mets pas du tout en cause, par principe, la volonté des partenaires conventionnels d'aboutir. Toutefois, dans la mesure où il s'agit d'un enjeu d'intérêt général, j'estime nécessaire de nous doter des moyens d'avancer en cas de blocage.

Or j'ai pu constater au cours de ces dernières que la perspective d'un transfert des discussions au niveau gouvernemental, voire parlementaire, incitait généralement les partenaires conventionnels à trouver un accord favorable aux patients. Ainsi, lors de la négociation de l'avenant VIII, prévenir les parties que nous aurions recours au législateur en cas d'échec – c'est toujours légitime sur les questions de santé – a permis de parvenir à un accord.

Ma démarche ne s'inscrit donc pas dans la défiance. Il s'agit ici d'une mesure de précaution et d'engagement vis-à-vis de nos concitoyens, qui nous disent tous – pas seulement dans nos permanences ou sur les marchés, mais aussi lors des repas de famille – que les soins dentaires sortant de l'ordinaire coûtent trop cher. Et ce sont non pas seulement les Français les plus modestes qui se plaignent d'éprouver de telles difficultés, mais aussi les classes moyennes.

Nous devons nous donner les moyens d'atteindre cet objectif, que nous partageons tous. Encore une fois, le constat est le même depuis des années, et nous faisons toujours du sur-place. Je vois bien, eu égard au nombre d'amendements déposés, que ces dispositions vont être supprimées, ce que je regrette, car il s'agit d'un sujet majeur pour nos concitoyens.

Au reste, il ne s'agit pas de mettre à mal la logique conventionnelle. L'avenant ne vise pas à ajouter trois virgules et deux paragraphes au texte. Un texte aussi important peut à lui seul faire l'objet à lui seul d'une négociation. Je le répète, pour l'avenant VIII, nous n'avions pas prévu de recourir à un arbitrage, mais au législateur en cas d'échec de la négociation. Or cet argument a incontestablement permis d'accélérer les discussions et favorisé un accord.

Les partenaires conventionnels sont engagés dans une démarche positive que je souhaite voir aboutir. Je ne voudrais pas que nous nous retrouvions, comme en 2006, avec des déclarations d'intention qui ne soient pas suivies d'effet.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques de suppression.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Je partage tout à fait l'avis de Mme la ministre.

Je ne supportais plus, quand j'exerçais encore, de voir tant de personnes âgées ne pouvant accéder aux soins dentaires et aux prothèses. Nous parlions hier du nonaccès aux soins, faute de médecins ; ici, c'est du nonaccès aux soins en raison des coûts qu'il est question.

Je puis comprendre que l'on veuille respecter les règles de négociation, mais quand l'on constate que le coût d'un implant dentaire peut varier du simple au triple, c'est bien que des marges de manœuvre existent. Cette situation n'est plus supportable. S'il faut être un peu coercitif et mettre la pression sur les parties pour parvenir à l'encadrement tarifaire des prothèses dentaires, faisons-le !

À titre personnel, je ne voterai pas ces amendements de suppression.

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

Mme Laurence Cohen. Lors de son audition, la CNSD a constaté avec regret que 20 % du nombre d'actes représentaient 80 % du chiffre d'affaires des cabinets. Il est donc bien nécessaire de revoir la tarification des actes. Toutefois, madame la ministre, le meilleur moyen d'aboutir est de poursuivre les négociations engagées.

Par ailleurs, l'amendement n° 132 rectifié de la commission, qui tend à préserver le chapitre IV, me semble de meilleur aloi que le nôtre. En effet, il est indispensable de consacrer des moyens à la politique de prévention bucco-dentaire qui régresse depuis dix ans.

L'instauration d'un examen bucco-dentaire conventionnel annuel de la petite enfance, dès un an, est une avancée précieuse. Il serait sans doute nécessaire d'en réaliser un second à l'âge de trois ans. De même pour les seniors : il me semble indispensable de réaliser un examen dentaire lors de l'entrée en EHPAD, avec une prise en charge à 100 % des frais de prévention et de soins qui en découlent.

C'est la raison pour laquelle j'insiste sur la mise en place, dans tous les établissements, d'une filière de soins. La réponse réside dans la création de réseaux de santé bucco-dentaire articulés avec les réseaux de gériatrie.

Il appartient, en lien de financement avec l'assurance maladie, aux collectivités et aux établissements d'accorder les moyens nécessaires à cette prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en perte d'autonomie, notamment dans le cadre des plans départementaux des personnes âgées ou des maisons départementales des personnes handicapées, les MDPH.

De plus, il est nécessaire que les services hospitaliers puissent recevoir les patients ayant des besoins spécifiques.

Mes propos peuvent sembler contradictoires, mais il n'en est rien. Je pense sincèrement que, si nous menons les négociations jusqu'au bout avec les professionnels de la santé bucco-dentaire, nous aboutirons à des accords permettant à la population d'être mieux soignée, à de meilleurs tarifs.

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

M. Yves Daudigny. Gérard Roche s'est exprimé avec beaucoup de clarté et de force. L'enjeu, au-delà de cette discussion, c'est la place de l'assurance maladie, des complémentaires et des assurances privées dans notre système de santé.

La démarche du Gouvernement en matière de soins dentaires doit être soutenue avec la plus grande force. Mme la ministre a rappelé les difficultés et les échecs du passé. Si, comme je l'ai rappelé au cours de la discussion générale, la primauté doit toujours être accordée à la négociation conventionnelle, il nous semble nécessaire de pouvoir exercer une pression sur les discussions en cours. C'est que nous touchons ici à un sujet très pointu de santé publique, qui concerne l'ensemble de nos concitoyens. Nous devons faire en sorte que la négociation collective aboutisse.

Pour ces raisons, le groupe socialiste ne votera pas ces amendements de suppression.

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud, pour explication de vote.

Mme Aline Archimbaud. Nous ne voterons pas non plus ces amendements, pour les mêmes raisons que celles qui ont été évoquées par M. Roche et par M. Daudigny.

Nos concitoyens de tous âges nous disent leurs difficultés à soigner leurs dents en raison des faibles remboursements et des tarifs pratiqués. Ce problème de santé publique massif touche toutes les générations.

Devant de tels enjeux, nous souhaitons, comme Mme la ministre, que les négociations aboutissent. Elles doivent se poursuivre de manière sérieuse et régulière. Toutefois, devant l'ampleur du problème, il me semble que le législateur doit aussi prendre ses responsabilités et ne négliger aucune précaution.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je voudrais dire à Gérard Roche, à Yves Daudigny et à Aline Archimbaud que nous sommes conscients du problème. Il ne s'agit pas de maintenir la population en « sous-traitement », si j'ose dire. Pardonnez-moi l'expression, mais nos concitoyens ne sont pas des « sans-dents ».

Toutefois, il y a une question de principe : cette disposition revient à traiter les négociateurs comme des gamins, incapables de se mettre d'accord. C'est faire peu de cas de la négociation conventionnelle que de les menacer de la fessée. Pis encore, on inscrit cette dernière dans la loi !

Soyons sérieux : rien ne nous empêche d'attendre le 1^{er} février 2017, date de la fin des négociations, pour décider de légiférer s'ils n'ont pu se mettre d'accord.

Enfin, je souhaiterais que le recours à l'arbitrage en cas d'échec des négociations soit prévu, qu'il s'agisse de conventions ou d'avenants aux conventions.

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

M. Gilbert Barbier. M. le rapporteur général a bien posé le problème. Le risque encouru, c'est l'éclatement de la convention. Un certain nombre de chirurgiens-dentistes se contenteront alors de faire des prothèses sans plus participer aux soins primaires.

Mme Laurence Cohen. Tout à fait !

M. Gilbert Barbier. Je crois que les parties à la convention ont la volonté d'aboutir. Faut-il manier le bâton ? Je ne pense pas que ce soit la meilleure solution... Prenons garde de ne pas pousser au déconventionnement, ce qui aggraverait encore les inégalités de soins sur notre territoire.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Les prothèses dentaires sont des soins absolument fondamentaux. Nous en devons garantir l'accès à nos concitoyens à un prix abordable et selon de meilleures modalités de remboursement.

C'est la raison pour laquelle nous avons prévu d'augmenter la part prise en charge par la sécurité sociale dans le cadre de la construction de l'objectif national de dépenses de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM. Nous y consacrons une première enveloppe de 200 millions d'euros en 2017. Des moyens supplémentaires seront nécessaires pour résoudre le problème. Nous nous y attellerons dans le cadre du plan pluriannuel que j'ai déjà évoqué.

Aujourd'hui, monsieur Barbier, certains dentistes font le choix de privilégier les soins prothétiques dont ils maîtrisent complètement les prix. Il s'agit donc de rééquilibrer l'ensemble du dispositif, sans que les dentistes y perdent. C'est la raison pour laquelle nous proposons de revaloriser les soins de base.

Sur le plan juridique, je trouve invraisemblable que vous me reprochiez de prévoir un arbitrage, alors qu'il s'agit d'un avenant. Vous avez même affirmé, monsieur le rapporteur général, que cela revenait à prendre les partenaires conventionnels pour des enfants ! Or nous ne faisons qu'appliquer le droit conventionnel le plus classique : le recours à l'arbitrage est prévu en cas d'échec des négociations pour les conventions.

Je m'étonne aussi des arguments de Mme Cohen, dont je sais qu'elle souhaite, comme l'ensemble des membres de son groupe, faciliter l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité.

Mme Laurence Cohen. Vous avez raison !

Mme Marisol Touraine, ministre. Selon elle, mettre la pression sur une négociation en cours – je l'assume – risquerait de produire un résultat inverse de celui que nous recherchons. Or, madame Cohen, l'expérience montre qu'exercer une pression extérieure sur une négociation permet justement d'aller un peu plus loin, sans bousculer la donne.

Sans présumer du résultat final, l'arbitrage, par définition, ne peut être radicalement différent des positions sur lesquelles sont restées les parties. Le rôle de l'arbitre étant justement de parvenir à rapprocher ces positions.

Au contraire, une négociation qui se fait sous pression, même si elle ne va pas aussi loin que l'exécutif pourrait le souhaiter, va en général plus loin que si les partenaires conventionnels étaient laissés libres de suivre la logique de la discussion.

Il s'agit donc de mettre la pression sur les parties et de dire clairement que les pouvoirs publics se saisissent de ce sujet.

Je partage l'objectif, mais les arguments juridiques avancés, franchement, je ne les comprends pas ! À la limite, j'entends plus facilement ceux qui proposent de laisser faire les dentistes, d'accepter la liberté des tarifs, de déléguer la prise en charge des prothèses aux complémentaires santé. Que chacun se débrouille avec sa complémentaire santé : cela, au moins, c'est une logique !

Mme Laurence Cohen. Ce n'est pas ce que nous proposons !

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette logique, je l'entends. Quant à ceux qui disent partager nos objectifs, mais refusent la méthode que nous proposons en brandissant je ne sais quels arguments juridiques et en insinuant que nous prendrions les partenaires conventionnels pour des enfants, je dois dire que leur discours m'échappe totalement !

M. le président. La parole est à Mme Évelyne Yonnet, pour explication de vote.

Mme Évelyne Yonnet. Ce que vient de dire Mme la ministre est tout à fait exact. Si nombre de dentistes ne préconisent plus les soins, c'est parce qu'ils prennent beaucoup de temps et ne sont pas du tout rentables – j'ai souvent entendu ce discours dans mon département. Les dentistes proposent donc des prothèses et des implants, qui coûtent nettement plus cher, et cela devient un véritable *business*.

On a vu également les centres dentaires pulluler dans les départements, la CMU, la couverture maladie universelle, garantissant seule le remboursement des prothèses et des implants. M. Daudigny a dit ce qu'il fallait dire à ce sujet.

Nous ne voterons donc pas ces amendements.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Hier, nous avons discuté des dépassements d'honoraires ; aujourd'hui, nous débattons des tarifs des chirurgiens-dentistes. Hier, Mme Bricq, entre autres, nous a reproché de ne pas faire de propositions structurelles s'agissant du financement des soins destinés aux Françaises et aux Français sur le territoire national.

Nous sommes tous d'accord pour dire que les Françaises et les Français doivent pouvoir accéder aux soins. Notre désaccord porte plutôt sur le mode de financement de la sécurité sociale et sur les propositions que nous pourrions être amenés à formuler, dans le cadre d'une campagne présidentielle, sur la meilleure façon d'organiser l'accès de nos concitoyens à l'ensemble des soins, sachant que les Françaises et les Français ne devront avoir connaissance des modalités par lesquelles il leur serait demandé de financer le système de santé.

Je suis, à titre personnel, totalement opposé, mes collègues le savent, à un financement privé ou mutualiste du système. Je pense qu'il faudra que nous proposons un système général unique destiné à l'ensemble de nos concitoyens.

Nous devons également faire en sorte que nos concitoyens n'ignorent rien du coût réel de la santé : les cotisations salariales sont insuffisantes pour qu'ils soient soignés correctement ; ils doivent donc cotiser par ailleurs, auprès de mutuelles ou de complémentaires – mes collègues du groupe Les Républicains savent ce que je pense des mutuelles et des complémentaires, mais je n'en dirai pas plus pour aujourd'hui.

C'est tout un système qu'il faut remettre en place ! Une campagne présidentielle s'annonce ; j'espère que nous ferons, dans ce cadre, des propositions intéressantes.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Sur ce sujet, nous soutenons de façon inconditionnelle Mme la ministre.

J'ai écouté les propos du président de notre commission ; à partir du même constat, nous parvenons à des positions différentes sur la proposition de Mme la ministre.

Pour ma part, j'y vois un signe très fort lancé, sur ce sujet des soins dentaires, à nos concitoyens, s'agissant de la place que doit reprendre l'assurance maladie par rapport aux complémentaires. Il n'est pas question de discréditer les complémentaires, mais leur rôle n'est pas de donner le la, sur le fond, en matière de prise en charge de soins qui sont tout à fait obligatoires.

Évidemment, en ce qui concerne l'importance de la prévention et la priorité des soins de réparation sur les prothèses, nous sommes totalement d'accord.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je rappelle simplement que nous sommes d'accord sur les objectifs.

M. Gilbert Barbier. Tout à fait !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le problème est celui des moyens et des méthodes. Les parties sont-elles totalement libres ? Apparemment non, puisque vous dites vous-même, madame la ministre, qu'un arbitrage est prévu pour les conventions. Ce n'est pas le cas pour les avenants, sinon nous n'en discuterions pas. C'est quelque peu regrettable. Je souhaite qu'un tel arbitrage soit dorénavant prévu. Je le dis clairement.

Le terme de la négociation étant fixé au 1^{er} février 2017, j'ajoute qu'il sera toujours temps, dès le mois de janvier, de dire que nous légiférerons si les parties ne se mettent pas d'accord. Le cas échéant, madame la ministre, la représentation nationale pourra parfaitement soutenir vos vues.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 163 rectifié, 343 et 431 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 43 *quater* est supprimé, et les amendements n^{os} 132 rectifié et 197 rectifié *bis* n'ont plus d'objet.

Toutefois, pour la bonne information du Sénat, j'en rappelle les termes.

L'amendement n^o 132 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 6

Supprimer ces alinéas.

L'amendement n^o 197 rectifié *bis*, présenté par M. Vasselle, Mmes Micoulet et Mélot, MM. Cardoux, Morisset, Lefèvre et Panunzi, Mme Garriaud-Maylam, MM. G. Bailly, Mayet, Lafoauly, de Raincourt, Longuet et Vogel, Mme Deromedi, M. Doligé, Mme Gruny, M. Chasseing, Mme Imbert, MM. Calvet et Kennel, Mme Hummel et MM. Husson et Laménie, est ainsi libellé :

Alinéas 1 et 3

Remplacer la date :

1^{er} février 2017

par la date :

au 1^{er} juillet 2017

Article 43 quinquies (nouveau)

Au premier alinéa du I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L. 162-14-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-1 ou L. 162-16-1 ». – *(Adopté.)*

Article 43 sexies (nouveau)

À la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au contrat d'accès aux soins instauré » sont remplacés par les mots : « aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus ». – *(Adopté.)*

Articles additionnels après l'article 43 sexies

M. le président. L'amendement n^o 345, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pharmacies du régime minier sont ouvertes aux ressortissants du régime général. »

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Dans l'intervention que je ferai dans un instant sur les conférences régionales de la santé et de l'autonomie, j'évoquerai le service rendu par l'offre de soins du régime minier aux populations de zones peu attractives pour les médecins. En effet, ce service est à la fois inestimable et menacé.

L'une des menaces qui pèsent sur ce régime, c'est son déficit, considéré comme chronique par la Cour des comptes. J'aimerais néanmoins rappeler ici comment se construit un déficit.

Pendant des années, le régime minier a été relativement clos : seuls les affiliés avaient accès aux pharmacies et centres de santé des CARMI, les caisses régionales minières ; réciproquement, ceux-ci ne pouvaient accéder qu'à ces seuls centres et pharmacies.

Dans un tel cadre, les déficits des centres de santé étaient compensés par les bénéfices des pharmacies minières. Mais l'ouverture, pour les affiliés, du droit d'aller dans les officines libérales a cassé cet équilibre. Cette mesure n'étant pas réciproque – les affiliés du régime général ne peuvent pas aller dans les pharmacies des CARMI –, le chiffre d'affaires de ces dernières s'est effondré, entraînant avec lui l'équilibre des comptes de la CANSSM, la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

Ainsi, alors que 28 pharmacies minières sont toujours ouvertes dans le Nord-Pas-de-Calais, contre 56 en 2004, et qu'elles restent encore pour la plupart excédentaires, les gouvernements successifs, qui veulent malgré tout les fermer, en ignorant, au passage, les problèmes de reconversion du personnel, ont anticipé cette fermeture et attribué de nouvelles autorisations d'ouverture à des pharmacies libérales.

De fait, les excédents financiers des pharmacies minières ont fondu comme neige au soleil : au niveau national, ils sont passés de près de 20 millions d'euros en 2004 à moins de 3 millions d'euros aujourd'hui.

Les auteurs de cet amendement ne méconnaissent pas les difficultés financières rencontrées par certaines pharmacies libérales. Mais ils considèrent ce déséquilibre comme une injustice et un coup porté au développement sanitaire des territoires concernés. Servir l'intérêt général serait, au contraire, de ne pas pénaliser les pharmacies du régime minier et de rétablir le principe d'égalité et de réciprocité.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Il s'agit d'ouvrir les pharmacies minières aux ressortissants du régime général.

Une procédure de réorganisation de la sécurité sociale minière est en cours, visant à la rapprocher du régime général. Je regrette que M. Vasselle ne soit pas présent, puisqu'il préside le conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines : il nous aurait été profitable de bénéficier de son avis.

Je souhaite donc entendre l'avis du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* À défaut de l'avis de M. Vasselle, vous aurez le mien, monsieur le rapporteur général. *(Sourires.)*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Ces avis sont complémentaires, madame la ministre !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Mon désaccord ne porte pas sur le fond de la démarche, que je comprends, d'autant mieux, monsieur Watrin, que j'ai moi-même engagé, dès mon arrivée aux responsabilités, les actions nécessaires pour sauver le régime minier !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* C'est vrai !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Le régime minier était condamné. Un décret avait été pris, qui prévoyait la suppression pure et simple de ce régime.

Lorsque je suis devenue ministre, j'ai évidemment été saisie de cette question, et j'ai considéré que nous ne pouvions pas rayer d'un trait de plume à la fois une histoire, un engagement et une spécificité de notre pays. Monsieur le sénateur, vous êtes vous-même élu d'un département dont l'histoire se confond avec celle des mines, laquelle est à la fois douloureuse et magnifique, magnifique et douloureuse !

Mme Catherine Génisson. Tout à fait !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* C'est l'histoire économique de notre pays qui est en jeu : des hommes, principalement, ont donné leur vie, parfois au sens strict, pour que notre pays soit ce qu'il est, qu'il se développe, qu'il se construise. Nous leur devons reconnaissance et mémoire !

Cette reconnaissance passe aujourd'hui par l'accompagnement de la fin d'un régime spécifique – les mines ayant fermé, il serait absurde de prétendre que le régime social des mines demeurera *ad vitam aeternam* tel qu'il a été créé. Il s'agit d'accompagner un mouvement : c'est ce que j'ai voulu faire.

Nous le faisons pour les centres de soins, pour les droits des personnes concernées et pour les salariés du régime. Reste la question des pharmacies. Cette question a été très sensible ; elle a donné lieu à des débats complexes, il faut le dire, entre les représentants du régime minier, donc des pharmacies minières, et les pharmaciens d'officines classiques, l'inquiétude portant, dans un contexte de reconversion économique difficile, sur l'éventuelle concurrence.

C'est la raison pour laquelle j'ai décidé, il y a maintenant deux ans, d'engager une expérimentation, en ouvrant trois pharmacies minières à l'ensemble de la population. Les résultats ne sont pas définitifs et, à première vue, ne paraissent pas aussi nets, dans un sens ou dans un autre, que ce que nous aurions pu imaginer ; il nous faut les analyser davantage.

En tout cas, on ne peut pas dire que l'économie des pharmacies minières se soit trouvée manifestement améliorée par cette ouverture. Nous avons donc besoin de prolonger l'expérimentation – c'est ce que nous faisons –, afin que l'évaluation soit de meilleure qualité.

Ma demande de retrait, monsieur le sénateur, ne revient donc absolument pas à balayer votre demande et votre préoccupation, en affirmant que ce sujet serait nul et non avenu. Je ne dispose tout simplement pas des éléments, aujourd'hui, pour me prononcer de manière totalement satisfaisante.

Je demande donc aux auteurs de cet amendement de bien vouloir le retirer ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Merci, madame la ministre, de l'humanité de vos propos et de votre action concernant l'accompagnement de la fin inéluctable du régime minier : les mines, en effet, sont fermées, mais nombre d'ayants droit sont encore en vie.

Nous suivrons évidemment votre proposition, madame la ministre.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je remercie également Mme la ministre pour ses propos, que j'entends parfaitement. J'ai moi-même bénéficié pendant plus de vingt ans du régime minier, et je n'ai qu'à m'en féliciter.

Malheureusement, les mines ont fermé. Vient donc le moment où il faut envisager de mettre un terme au dispositif social qui y était attaché. Toutefois, il faut le faire dans l'ordre, et en respectant les hommes et les femmes qui en ont bénéficié, souvent – ce n'est pas Alain Milon qui me contredira sur ce point – au prix de leur vie, ou tout au moins de leur intégrité physique.

Il faut donc poursuivre cette expérimentation, en essayant de trouver la bonne formule pour rapprocher le régime minier du régime général.

À la demande de M. Vasselle, qui préside la caisse du régime, j'ai participé, il y a deux ans, à une réunion dont l'objet était de mesurer les efforts entrepris, s'agissant notamment des centres de soins, qui posaient également un problème – il a fallu, non sans mal, intégrer les cliniques du régime minier dans l'organisation générale des soins. Je vous remercie, donc, de tous ces efforts.

Moi aussi, je souhaite que nos collègues du groupe CRC retirent cet amendement.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 345 est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Je vais le retirer, monsieur le président. En effet, j'apprécie la tonalité de l'intervention de Mme la ministre, ainsi que son sens de l'ouverture. Elle a rappelé, à juste titre, qu'un plan de Xavier Bertrand, qui figurait dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, prévoyait la mort du régime minier. Je venais, à l'époque, d'être élu sénateur.

Aujourd'hui, cette idée réapparaît, dans un rapport de la Cour des comptes. Cette dernière ne se préoccupe en aucune façon des centres de soins qui sont actuellement ouverts à toute la population : elle ne parle que des ayants droit. Sur ce sujet, d'ailleurs, je pense qu'elle outrepassa ses compétences. Il faut donc faire front.

Je partage l'idée selon laquelle, les ayants droit des mines étant appelés à disparaître, il faut accompagner ce mouvement. Je voudrais simplement indiquer à Mme la ministre qu'un tel accompagnement est parfois impossible : on se heurte à des difficultés concrètes.

Je ne prendrai qu'un exemple. Je connais une commune, située à côté de la mienne, qui possède une pharmacie minière. Celle-ci va être fermée, alors que les élus du terri-

toire proposent de déménager ses locaux dans un nouveau bâtiment qu'elle occuperait en location. La CARMi ferait des économies, puisqu'elle n'aurait plus à supporter les charges afférentes à l'entretien d'un bâtiment, mais elle refuse, au motif qu'elle ne peut s'engager sur l'avenir.

Je veux bien que nous accompagnions le mouvement, mais nous sommes parfois bloqués par cette incertitude qui pèse sur l'avenir !

Monsieur le président, je retire donc cet amendement, en ajoutant qu'il faut des lieux pour discuter de toutes ces questions – c'est l'objet de l'amendement suivant, que je défendrai dans un instant.

M. le président. L'amendement n° 345 est retiré.

L'amendement n° 375 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 1432-4 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, dans les régions où la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines est compétente, est instituée une réunion annuelle rassemblant les représentants des Agences régionales de santé, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des ayants droit du régime minier, ainsi que des parlementaires des territoires miniers. Cette réunion est chargée d'analyser les perspectives financières du régime et de proposer les mesures nécessaires à la consolidation de l'offre de soins du régime ouverte à toute la population. »

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Créées par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », les conférences régionales de la santé et de l'autonomie sont des organismes consultatifs qui contribuent à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Rassemblant tous les acteurs de la santé en région, ou presque, ces conférences sont au cœur de la démocratie sanitaire et doivent permettre d'apporter un regard pluriel sur l'action des ARS, les agences régionales de santé.

Néanmoins, dans un contexte de restructuration de l'offre de soins du régime minier, qui vient d'être évoqué, et compte tenu des conclusions du dernier rapport de la Cour des comptes, auxquelles je viens de faire allusion, il est absolument nécessaire que, dans les régions concernées par ce régime, la question de son développement soit mise à l'ordre du jour des conférences. En effet, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des Hauts-de-France ne compte, parmi ses membres, aucun représentant de ce régime, alors même qu'elle est chargée de définir, avec l'ARS, les politiques à mettre en œuvre.

Nous ne demandons donc pas la création d'une nouvelle commission *ad hoc* ou d'une conférence dédiée ; nous souhaitons simplement que, dans les régions concernées – c'est le cas de la région Hauts-de-France –, l'ordre du jour des conférences régionales de la santé et de l'autonomie inclue, au moins une fois dans l'année, la question du régime minier.

La réduction du nombre d'affiliés à ce régime est certes mécanique avec la fermeture des mines et le vieillissement de la population des ayants droit. Cependant, pour ne prendre qu'un exemple, sur le territoire du Pas-de-Calais, l'ouverture des centres de santé de la CARMi à l'ensemble de la population a permis de lutter contre la désertification médicale.

Nous disposons encore d'un service sanitaire de qualité, maillant les zones du territoire les plus délaissées par les médecins et les spécialistes, et permettant, dans ces espaces qui cumulent pauvreté et précarité, un accès à des consultations de généralistes et de spécialistes sans dépassements d'honoraires et sans avance de frais.

Au lieu de l'affaiblir sans cesse, il faut défendre ce système, le consolider et l'inscrire dans la politique de santé des régions comme un élément moteur de la reconquête des déserts médicaux.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous nous en remettons, sur cet amendement, à l'avis du Gouvernement, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le sénateur, des discussions et des rencontres ont lieu régulièrement. Des structures d'échange existent. Faut-il inscrire dans la loi que des réunions auront lieu ? J'avoue que je n'en suis pas vraiment convaincue.

Je ne conteste pas du tout que des discussions doivent avoir lieu : elles ont lieu !

Mme Annie David. Pas avec l'ARS !

Mme Marisol Touraine, ministre. Simplement, il ne me semble pas nécessaire d'en poser le principe par la loi.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement serait défavorable.

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

M. Dominique Watrin. J'espérais, en retirant l'amendement précédent, que celui-ci serait mieux considéré.

Madame la ministre, vous avez affirmé que vous vouliez accompagner les évolutions qui sont en cours. Je partage cet objectif, mais je puis vous dire qu'il n'existe aucun lieu, dans ma région, par exemple, où l'ARS et la CARMi discutent ensemble. C'est bien souvent le parlementaire que je suis qui doit faire l'intermédiaire pour que ces deux institutions dialoguent entre elles.

Jamais, pas même une fois dans l'année – nous ne demandons pas l'impossible ! –, les élus du territoire et les acteurs concernés ne sont invités à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie pour discuter des nécessaires évolutions du système. Le moment est pourtant particulier : on demande à l'offre de soins du régime minier de faire des économies de fonctionnement, et le rapport de la Cour des comptes préconise une réduction du déficit du régime de 15 % par an.

Il me paraît absolument nécessaire que vous accédiez à une telle demande, madame la ministre ! Ainsi se verrait reconnu, au passage, le travail des parlementaires. Surtout, cela ne coûterait rien, et permettrait une meilleure prise en compte des besoins. C'est nécessaire pour lutter contre la désertification médicale !

Je prendrai un autre exemple : un centre de consultation de médecine généraliste et spécialiste du régime minier, dans mon département, est sur le point de fermer. Or je rappelle que, pour certaines spécialités, les consultations sont fréquentées à 75 % par des ressortissants du régime général.

Il s'agit donc d'un problème général, qui ne concerne pas seulement les ayants droit du régime minier. Je demande qu'un lieu véritable de discussion, de débat et d'accompagnement des nécessaires évolutions soit mis en place.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Si ce qui vous préoccupe, monsieur le sénateur, est l'association du régime minier aux débats de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, la CRSA, cela me paraît envisageable.

Néanmoins, cela ne passe pas par la loi : il faut compléter l'arrêté de composition de la CRSA. Cela relève donc du domaine réglementaire. Je peux prendre l'engagement devant vous que le régime minier sera associé aux discussions de la conférence.

Mme Évelyne Yonnet. Très bien !

Mme Catherine Génisson. Oui !

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 375 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Je suis prêt à le retirer si Mme la ministre s'engage à prendre un décret disposant que les représentants du régime minier, mais aussi – c'est important – les parlementaires des territoires miniers, sans exception, pourront participer aux discussions de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le sénateur, quand on vous donne la main, vous emportez le bras ! Le sujet, c'est le régime minier ; vous-même, dans l'objet de l'amendement, évoquez l'institution d'une réunion entre le régime minier et l'ARS.

Pour ce qui concerne les parlementaires, il n'y a pas plus de raison que leur présence soit prévue, en tant que telle, lors des discussions ayant trait au régime minier qu'à l'occasion de n'importe quel autre débat organisé dans le cadre des CRSA. Les parlementaires ne sont pas en tant que tels parties prenantes des CRSA. Certains d'entre eux peuvent y participer comme personnalités qualifiées, ou y être associés pour des projets particuliers, mais je ne puis m'engager à prévoir leur participation spécifique aux réunions dont le sujet est le régime minier.

Mon engagement est que le régime minier soit associé à la CRSA.

M. le président. Monsieur Watrin, qu'en est-il finalement de l'amendement n° 375 rectifié ?

M. Dominique Watrin. Madame la ministre, les parlementaires des territoires miniers sont expressément cités dans le texte de l'amendement.

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 375 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 374 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 43 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 avril 2017, un rapport évaluant l'opportunité d'un pilotage commun de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Actuellement, ce que nous appelons le régime minier est partagé en deux entités : la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, la CANSSM, et l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs, l'ANGDM.

Toutefois, cette séparation entre la sécurité sociale minière, qui supervise l'offre de soins, et l'ANGDM, qui met en œuvre l'action sanitaire et sociale, est préjudiciable à la complémentarité de leurs missions. Plus encore, alors même qu'elles partagent une histoire commune, un public et des territoires bien spécifiques, ces deux entités sont soumises à deux directions différentes et sont sous la tutelle de deux ministères distincts.

Sans vouloir fusionner CANSSM et ANGDM, qui ont des statuts différents, on peut regretter que cette séparation nuise à la complémentarité de l'action de ces deux structures, ainsi qu'à la consolidation du régime minier.

Dans ce contexte, la mise en place d'un pilotage unique, par le ou la même responsable, devrait pouvoir, sans remettre en question le travail de ces deux entités, donner lieu à une meilleure concertation dans l'exercice de leurs missions respectives, mais surtout renforcer le régime minier dans son ensemble.

Enfin, la mise en place d'un pilotage unique, sous la même tutelle, doit permettre de raffermir le régime minier au moment où celui-ci est menacé par la Cour des comptes, laquelle, si je puis me permettre, a ainsi largement outrepassé ses droits – je l'ai dit il y a un instant.

Ce pilotage unique constituerait d'ailleurs une véritable chance, propice à faire entrer les services sociaux de l'ANGDM dans les centres de santé de la CARMI, multipliant d'autant leur efficacité, puisque les populations du régime, notamment celles qui sont âgées, ont besoin d'une coordination de la politique de soins et de l'action sociale.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Un rapport, à proprement parler, me semble inutile. La question posée est celle du pilotage unique. On peut en effet se poser la question de la nécessité de maintenir deux organisations, une agence d'un côté, la caisse autonome de l'autre.

Je sollicite donc l'avis du Gouvernement : si celui-ci décidait de rapprocher ces deux institutions et de mettre en place un pilotage unique, il nous reviendrait d'en débattre.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. M. le rapporteur général a bien dit quel était le vrai sujet. Il s'agit non pas d'écrire un rapport, mais de savoir si nous organisons une gouvernance commune et un rapprochement des deux entités.

À dire vrai, la question mérite d'être posée. La réflexion doit être engagée. Certes, le PFLSS n'est pas le lieu pour le vote d'une telle proposition de rapport, laquelle, juridiquement parlant, n'y a pas sa place. Cependant, je n'écarte pas pour autant cette question d'un revers de la main.

C'est pourquoi, sur cet amendement, je m'en remets à la sagesse de la Haute Assemblée.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je le répète, un rapport ne me paraît pas nécessaire, une position du Gouvernement suffisant. Vous êtes favorable à la proposition et vous vous interrogez sur la nécessité d'un pilotage unique. Cette réponse me suffit.

Poursuivons-nous comme auparavant, ou le Gouvernement va-t-il se saisir de cette affaire ? Dans ce cas, il faut notamment interroger la CANSSM et l'Agence pour savoir si elles sont prêtes à se rapprocher. J'avoue que je ne connais pas suffisamment bien le sujet. Je ne les ai rencontrés qu'une fois, à l'invitation de leur président, pour les écouter, comme sans doute Dominique Watrin a dû le faire également. Il me semble que nous n'avons pas besoin d'un rapport, mais je tiens à ce que la question soit soulevée.

La commission émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 374 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 43 septies (nouveau)

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences et le coût de l'amélioration de la protection maternité et paternité pour l'ensemble des professions médicales et paramédicales libérales en France.

M. le président. L'amendement n° 133, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement d'un rapport du Gouvernement sur l'amélioration de la protection maternité et paternité des professionnels médicaux, paramédicaux et libéraux.

Conformément à son appréciation constante en la matière, la commission des affaires sociales n'estime pas utile de prévoir un rapport sur ce point.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales sera engagée pour réaliser un état des lieux et avancer des propositions sur le niveau de rémunération perçu par les autres professions de santé libérales en période de congé maternité et paternité, en

comparaison avec l'exercice salarié. Les conclusions de ce rapport seront accessibles aux parlementaires, que la loi prévoit un tel rapport ou non.

Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse de la Haute Assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 133.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 43 *septies* est supprimé.

Articles additionnels après l'article 43 *septies*

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

L'amendement n° 45 rectifié *ter* est présenté par M. Cigolotti, Mme Billon, MM. Roche et Namy, Mmes Doineau et Férat et MM. Gabouty, L. Hervé, Longeot, Bockel, Kern, Médevielle, Guerriau et Luche.

L'amendement n° 231 rectifié *ter* est présenté par Mme Deroche, M. Cambon, Mmes Cayeux, Deromedi, Di Folco et Duchêne, M. B. Fournier, Mme Garriaud-Maylam, MM. Houel, Laufoaulu et Lefèvre, Mme Mélot, MM. Milon, Morisset, Mouiller, Pillet, Revet, D. Robert, Béchu, Calvet, Cantegrit, Chaize, Doligé et Gournac, Mme Gruny, M. Kennel, Mme Lopez, MM. Rapin, Mandelli, Buffet et Gremillet, Mme Imbert, M. Husson, Mme Hummel et MM. Laménie et G. Bailly.

L'amendement n° 239 rectifié est présenté par MM. Barbier, Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 43 *septies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-... ainsi rédigé :

« Art. L. 165-1-... – Pour la première délivrance, les verres correcteurs et les lentilles de contact oculaire correctrices dont la prescription médicale date de moins d'un an peuvent être remboursés par l'assurance maladie et dans les conditions prévues à l'article L. 165-1. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, après les mots : « verres correcteurs », sont insérés les mots : « et de lentilles de contact oculaire correctrices ».

La parole est à M. Gérard Roche, pour présenter l'amendement n° 45 rectifié *ter*.

M. Gérard Roche. J'ai cosigné cet amendement déposé par Olivier Cigolotti.

Aujourd'hui, pour les verres correcteurs, la prescription médicale est obligatoire et l'ordonnance doit être en cours de validité. Il n'en est pas de même pour les lentilles de contact correctrices, alors qu'elles comportent plus de risques de complications que les verres : irritations, conjonctivites, abcès cornéens, etc.

Cet amendement vise à combler cette anomalie. De plus, son adoption permettrait de dépister et de suivre les maladies oculaires, tout en donnant la possibilité à l'utilisateur de renouveler ses lunettes ou ses lentilles de contact pendant un certain nombre d'années.

Je reconnais que cet amendement, auquel nous tenons beaucoup, a tout de même ses limites dans la durée, en raison du temps d'attente pour obtenir une consultation en ophtalmologie.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 231 rectifié *ter*.

Mme Catherine Deroche. Le sujet de la validité des ordonnances d'ophtalmologie fait souvent débat. De gros efforts et un important travail ont été réalisés de la part de l'ensemble de la filière visuelle, nous l'avons constaté lors de l'examen de la loi Santé.

Néanmoins, quelques problèmes persistent, notamment en ce qui concerne la durée de validité de l'ordonnance initiale pour le remboursement en cas de première délivrance de lentilles de contact ou de lunettes. En effet, le ministère a opté pour une durée commune en délivrance initiale et en renouvellement dans le nouveau décret des opticiens. Ainsi, certaines ordonnances auront jusqu'à cinq ans de validité, ce qui est évidemment trop en cas de première utilisation tardive, avec un risque important de changement de correction optique entre-temps.

L'amendement vise donc à limiter à la première année suivant l'établissement de l'ordonnance la possibilité de prise en charge par l'assurance maladie pour la première délivrance – et non pas pour le renouvellement.

Par ailleurs, si l'ordonnance médicale valide est obligatoire pour les verres correcteurs, en délivrance initiale ou en renouvellement, il n'en est pas de même pour les lentilles de contact, où elle est seulement obligatoire pour les primoprotecteurs lors de la première adaptation de lentilles de contact, et non lors d'une nouvelle délivrance. C'est paradoxal, en raison des risques particuliers liés aux lentilles de contact évoqués par Gérard Roche.

L'amendement vise donc à combler cette anomalie en ajoutant les lentilles de contact correctrices aux verres correcteurs.

Ces dispositions partent véritablement d'un problème de sécurité pour les patients en matière de santé, d'état oculaire et de diagnostic précoce de certaines pathologies. Elles ne répondent pas à une demande des ophtalmologistes pour obtenir davantage de consultations et faire du chiffre : les délais pour obtenir un rendez-vous sont tellement longs, comme Gérard Roche l'a souligné, qu'ils ne courent pas après ce genre de procédé !

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 239 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Il ne s'agit effectivement pas ici de donner plus de travail aux ophtalmologistes.

La délivrance de verres correcteurs est extrêmement encadrée, puisqu'il faut une prescription médicale et une ordonnance en cours de validité. La délivrance des lentilles correctrices bénéficie d'un encadrement moindre : si la prescription médicale est nécessaire chez le primoprotecteur, l'opticien peut par la suite délivrer des lentilles de contact correctrices sans ordonnance.

Pourtant, les lentilles de contact présentent plus de risques de complications du fait de leur contact direct et permanent avec les yeux. Il s'agit d'un problème de santé publique.

Voilà pourquoi cet amendement vise à encadrer la délivrance de lentilles de contact correctrices.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le dispositif proposé est avant tout inspiré, comme cela vient d'être rappelé, par un souci de sécurité des lentilles de contact, que je partage, dans la lignée des recommandations émises par le rapport de l'IGAS, évoqué par Mme la ministre par anticipation.

La commission est donc favorable à ces trois amendements identiques.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est une porteuse de lentilles qui vous parle : je vois parfaitement de quoi il s'agit. (*Sourires.*) Les opticiens peuvent effectivement proposer de nouvelles lentilles fraîchement arrivées sur le marché et qui paraissent de meilleure qualité. Faut-il consulter pour autant un ophtalmologiste, que l'on voit par ailleurs régulièrement, uniquement pour cette raison, à un moment où l'accès à l'ophtalmologie est parfois compliqué ?

Un décret a été publié, en accord avec la filière ophtalmologie, avec laquelle nous avons travaillé, pour concentrer le travail des ophtalmologistes et le temps médical particulier sur des sujets que seuls ces spécialistes peuvent prendre en charge.

Faut-il surcharger encore les ophtalmologistes pour les consulter au sujet de questions sur lesquelles ils n'ont pas toujours de réponse ? Car comment voulez-vous qu'un ophtalmologiste sache, *a priori*, si un nouveau produit donne satisfaction ? Des essais sont réalisés auprès de patients pour savoir si le produit est confortable ou pas. Bref, sur le plan pratique, je suis assez sceptique.

En ce qui concerne l'organisation des soins, il me semble qu'il s'agit d'une contrainte excessive, qui ne manquera d'engorger la filière d'ophtalmologie, laquelle n'en a pas besoin.

Pour conclure, une telle disposition est contraire au droit européen. L'arrêt *Ker-Optika* de la Cour de justice de l'Union européenne précise clairement que seule la première délivrance de lentilles peut être soumise à des exigences particulières. C'est la raison pour laquelle les dispositions législatives portent exclusivement sur les primoporteurs. La proposition que vous formulez, mesdames, messieurs les sénateurs, est donc contraire au droit européen et ne pourrait s'appliquer en France.

Par conséquent, le Gouvernement demande le retrait de ces trois amendements identiques. À défaut, il émettrait un avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny. Si ces amendements identiques étaient adoptés, cela aurait pour conséquence de limiter les possibilités de remboursement pour les assurés, donc de mettre en difficulté la complémentarité entre les professionnels de santé.

Aujourd'hui, le décret du 12 octobre 2016 relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier, organise, en application de la loi de modernisation de notre système de santé, la pratique des soins de santé visuelle dans la filière, de sorte à garantir un meilleur accès aux soins, sous l'autorité du médecin prescripteur.

À ce titre, le médecin conserve pleinement son droit d'opposition à l'adaptation de la prescription par les opticiens, et les motifs pouvant être invoqués par le médecin pour qu'il puisse limiter la durée de validité de l'ordonnance pour l'adaptation par l'opticien ont été étendus.

En raison de ces éléments, je suis réservé au sujet de ces amendements, voire plutôt opposé à leur adoption.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, pour explication de vote.

Mme Catherine Deroche. Il existe effectivement un arrêt de référence de la Cour de justice de l'Union européenne en date du 2 décembre 2010, qui précise que l'obligation d'une ordonnance médicale lors de la délivrance de lentilles de contact correctrices relève de la responsabilité du législateur national.

Néanmoins, cet arrêt précise également que des « considérations d'ordre sanitaire peuvent exiger du client qu'il se soumette également à des consultations médicales [...] à intervalles réguliers ».

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 45 rectifié *ter*, 231 rectifié *ter* et 239 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 43 *septies*.

L'amendement n° 170, présenté par M. Tourenne, n'est pas soutenu.

Article 44

- ① I. – Au I de l'article 66 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « huit ».
- ② *I bis (nouveau).* – À l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « neuvième » est remplacé par le mot : « dixième ».
- ③ II. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ④ 1° Après le sixième alinéa de l'article L. 133-4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré de la somme correspondant aux tarifs des actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du présent code qui auraient dû être facturés en raison de l'activité réalisée. » ;

- 6 2° Après l'article L. 162-22-6, il est inséré un article L. 162-22-6-1 ainsi rédigé :
- 7 « Art. L. 162-22-6-1. – La prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale peut donner lieu à la facturation, par les établissements de santé mentionnés aux *a* à *e* de l'article L. 162-22-6, d'une prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° du même article L. 162-22-6.
- 8 « Un décret en Conseil d'État définit les modalités d'application du présent article, notamment les critères permettant la prise en charge de cette prestation par les régimes obligatoires de sécurité sociale. » ;
- 9 3° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-7, le mot : « hospitalisés » est supprimé ;
- 10 4° Le premier alinéa de l'article L. 162-22-8-1 est ainsi modifié :
- 11 *a*) À la première phrase, les mots : « situés dans des zones à faible densité de population » sont supprimés ;
- 12 *b*) À la seconde phrase, après le mot : « situés », sont insérés les mots : « , sauf lorsqu'il s'agit d'un territoire insulaire, » ;
- 13 5° Après l'article L. 162-22-8-2, il est inséré un article L. 162-22-8-3 ainsi rédigé :
- 14 « Art. L. 162-22-8-3. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6, les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* du même article L. 162-22-6 exerçant des activités de soins critiques définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent bénéficier d'un financement mixte sous la forme de tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° dudit article L. 162-22-6 et d'une dotation complémentaire, eu égard notamment aux conditions de fonctionnement des unités dans lesquelles ces activités sont réalisées et aux caractéristiques des personnes prises en charge. » ;
- 15 6° L'article L. 162-22-9-1 est ainsi modifié :
- 16 *a*) Le II devient le III ;
- 17 *b*) Après le I, il est rétabli un II ainsi rédigé :
- 18 « II. – Le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, peut être minoré par l'application du coefficient défini au I du présent article. » ;
- 19 *c*) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 20 « IV. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre le montant de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, déterminé selon les modalités prévues au 2° de l'article L. 162-22-10, et le montant de cette dotation complémentaire minoré dans les conditions définies au II du présent article. » ;
- 21 7° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :
- 22 *a*) Le 2° est ainsi rédigé :
- 23 « 2° Les modalités de détermination du montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3 ; »
- 24 *b*) Au 3°, les mots : « et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, » sont remplacés par les mots : « , aux forfaits annuels et à la dotation complémentaire mentionnés au 2° » ;
- 25 8° À l'article L. 162-22-12, après la référence : « l'article L. 162-22-8 », sont insérés les mots : « et de la dotation complémentaire mentionnée à l'article L. 162-22-8-3, minorée, le cas échéant, dans les conditions définies au II de l'article L. 162-22-9-1, » ;
- 26 9° Le début du premier alinéa de l'article L. 162-22-15 est ainsi rédigé : « Les forfaits annuels, la dotation complémentaire et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés, respectivement, aux articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-3 et L. 162-22-14... (le reste sans changement). » ;
- 27 9° bis (nouveau) Le premier alinéa de l'article L. 162-25 est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 28 « Lorsqu'elle porte sur des prestations d'hospitalisation à domicile, l'action se prescrit par un an à compter de la date à laquelle ces établissements doivent transmettre, pour chaque séjour, les données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. » ;
- 29 10° L'article L. 162-27 est abrogé ;
- 30 11° Le premier alinéa de l'article L. 174-15 est ainsi modifié :
- 31 *a*) Après la référence : « L. 162-22-6, », est insérée la référence : « L. 162-22-6-1, » ;
- 32 *b*) Après la référence : « L. 162-22-8, », est insérée la référence : « L. 162-22-8-3, ».
- 33 III. – A. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 34 « Le transport médicalisé d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, ainsi que le transport de leurs représentants légaux en vue d'une prise en charge adaptée, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de l'enfant décédé jusqu'à l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »
- 35 B. – Après le mot : « appliquent », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est ainsi rédigée : « ni aux établissements de santé qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques, ni aux établissements de santé qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements. »
- 36 IV (nouveau). – Le premier alinéa de l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de l'article 81 de la loi n° 2015-1702 du

21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ainsi que le sixième alinéa de l'article L. 6113-12 et le deuxième alinéa de l'article L. 6113-13 du code de la santé publique sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

③7 « Cette pénalité est versée à l'assurance maladie. »

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. L'article 44 concerne la rénovation du modèle de financement des établissements de santé. Il introduit dans son 5° alinéa du paragraphe II un nouveau modèle de financement des activités de soins critiques, sous la forme de tarifs nationaux de prestations et dotation complémentaire.

Cet article fige un cadre de financement avant même le début des travaux censés penser l'organisation des activités de réanimation et de soins critiques. En effet, à la suite de la réunion de travail organisée cet été par votre ministère, madame la ministre, il me semble qu'un calendrier de travail a été arrêté pour la période allant de la fin de 2016 à la fin de 2017.

Dans ces conditions, je pense qu'il est urgent d'attendre les conclusions des groupes de travail avant de fixer un quelconque modèle, au risque de faire peser une fois encore une contrainte supplémentaire sur la réflexion menée par les organisations.

M. le président. L'amendement n° 13 rectifié *bis*, présenté par MM. Commeinhes, Vasselle, Calvet et Houel, Mme Mélot, MM. Rapin et Laménié et Mme Deromedi, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Après les mots :

du présent code

insérer les mots :

ainsi qu'au coût des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du même code et des dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 165-1 dudit code

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. L'article 44 pointe une situation à laquelle sont confrontés les établissements d'hospitalisation à domicile ; toutefois, il ne répond que partiellement à la situation réelle des acteurs de santé concernés.

En effet, il arrive qu'un patient soit pris en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, alors qu'il aurait pu être pris en charge par un autre acteur de santé. L'article 44 permet à l'établissement d'hospitalisation à domicile de ne pas voir la totalité de la somme facturée pour le service rendu être réclamée par les organismes de recouvrement. Toutefois, cet article ne vise qu'une partie du problème.

Il est important de noter que l'ensemble des sommes engagées par l'établissement d'hospitalisation à domicile lors de l'hospitalisation d'un patient qui aurait pu être orienté vers un autre moyen de prise en charge n'est pas intégré dans cet article 44. En effet, toute la partie relative, notamment, aux médicaments et aux dispositifs médicaux est absente de l'actuel dispositif.

Pour répondre aux spécificités effectives des établissements d'hospitalisation à domicile, ou HAD, et favoriser le développement de cette dernière, il est proposé de compléter le dispositif introduit par l'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale en prenant en compte la totalité des frais que supportent les établissements d'hospitalisation à domicile de façon équivalente aux dépenses qui auraient été imputables aux moyens de prise en charge qui auraient dû être proposées au patient.

Il s'agit de reconnaître et de prendre en compte l'ensemble des moyens, des ressources et des compétences apportés par les établissements d'hospitalisation à domicile dans le cadre de la réalisation des soins répondant aux besoins des patients.

Ce nouveau fonctionnement n'entraîne aucune dépense supplémentaire pour la sécurité sociale, car la facturation à la caisse est exactement la même que celle qui aurait été réalisée par un autre acteur du système de santé.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise l'hospitalisation à domicile, ainsi que l'intégration des dépenses de médicaments et des dispositifs dans les montants venant minorer les indus à restituer à l'assurance maladie après un contrôle.

Il paraît en effet souhaitable de réserver à l'HAD le même traitement qu'aux établissements de santé.

La commission a donc émis un avis favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis d'accord sur le fond avec cet amendement. Je comprends, en effet, votre démarche, madame la sénatrice, mais nous avons souhaité être plus progressifs, plus prudents peut-être.

Vous souhaitez aller plus loin dans la reconnaissance des droits de l'hospitalisation à domicile par rapport à la récupération des financements. Ma seule réserve est que votre amendement n'est pas rédigé de telle sorte qu'il pourra demeurer en l'état tout au long du processus parlementaire ; sa rédaction comporte des difficultés et des approximations que nous devons corriger pour des raisons juridiques. Soit vous vous en remettez au travail qui sera poursuivi à l'Assemblée nationale en deuxième lecture, soit vous adoptez cet amendement en sachant que la rédaction sera amenée à évoluer.

En tout état de cause, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat, et je lève le gage sur cet amendement, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 13 rectifié *ter*.

Je le mets aux voix.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 7 rectifié *bis* est présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret et Claireaux, MM. Vergoz et Caffet, Mmes Meunier et Champion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain.

L'amendement n° 252 rectifié est présenté par MM. Barbier, Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 13 et 14

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 7 rectifié *bis*.

M. Yves Daudigny. L'article 44 s'inscrit dans une réforme de la tarification à l'activité, la T2A, afin d'en limiter les effets pervers et d'en corriger l'inadaptation dans un certain nombre de secteurs. C'est le cas du financement des activités de soins critiques : réanimation, soins intensifs et surveillance continue. Il me semble que le constat est partagé.

Le 5° du II de l'article 44 introduit donc un nouveau modèle de financement, sous forme de tarifs nationaux de prestations et de dotations complémentaires.

Or, vous avez, madame la ministre, réuni cet été les fédérations pour partager la réflexion prospective sur l'organisation et le financement de ces activités. Un calendrier de travail a été proposé sur la période allant de la fin de 2016 à la fin de 2017.

Nous aimerions vous entendre, madame la ministre, sur la cohérence, peut-être réelle, entre la démarche entreprise de concertation et le vote de cet article aujourd'hui.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 252 rectifié.

M. Gilbert Barbier. L'article 44 précise les modalités selon lesquelles sont financées les activités de soins critiques sous la forme de tarifs nationaux des prestations et de dotation complémentaire. Comme vient de le souligner Yves Daudigny, un calendrier de travail avait été défini avec l'accord de la ministre, et un groupe de travail a été mis en place.

Nous proposons de supprimer le nouvel article L. 162-22-8-3, qui bloque toute réflexion sur cette réorganisation, les conclusions du groupe de travail n'ayant pas été rendues.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* S'il est vrai que la réflexion conduite dans le cadre de la mission sur l'évolution du financement des établissements de santé n'est pas encore arrivée à son terme, il me semble que le rapport d'étape rendu en mai dernier se prononce cependant clairement sur le sujet du financement des unités de soins critiques.

L'introduction d'une part forfaitaire pour modérer les effets d'une stricte application de la T2A me paraît par ailleurs aller dans le bon sens, ainsi que l'a souligné cette commission à plusieurs reprises, notamment dans le cadre du rapport Milon-Le Menn sur la tarification à l'activité.

Je conçois cependant qu'il puisse paraître précipité de réformer cette question dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

C'est pourquoi je m'en remets à la sagesse du Sénat.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Voilà des années que des critiques sont exprimées sur le mode de financement de l'hôpital et de la prise en charge d'un certain type de soins. Nous reconnaissons collectivement que la tarification à l'activité n'est pas adaptée au financement de l'ensemble des soins, en particulier de ceux qui ne se décomposent pas si aisément que cela en une succession d'actes, mais renvoient à une prise en charge globale.

C'est la raison pour laquelle, dès mon arrivée au ministère, j'ai engagé un travail progressif, appuyé en particulier sur les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, la MECSS, de votre assemblée, qui ont été cités.

Je me suis plus récemment appuyée sur les travaux du rapport d'Olivier Véran. L'idée est de faire non pas disparaître, mais évoluer la tarification, pour la prise en charge forfaitaire d'un certain nombre de soins. Nous l'avons fait pour le parcours de certains traitements oncologiques. Nous proposons de le faire pour les soins critiques.

L'ensemble des acteurs, ainsi qu'Olivier Véran dans son rapport, considère que le financement des soins critiques ne peut relever d'une tarification à l'activité et que nous devons aller vers une part forfaitaire. Il ne s'agit pas de supprimer la tarification à l'activité, mais de se diriger vers une dotation modulée, avec à la fois une part activité et une part forfaitaire.

Yves Daudigny, le rapporteur général et le président de la commission se demandent si le Gouvernement ne va pas trop vite puisqu'un groupe de travail est constitué. J'ai envie de leur répondre que nous n'allons pas si vite que cela, parce que le travail est difficile !

Que fait le groupe de travail, qui continue de travailler ? Il définit les modalités de mise en place et décide quelle sera la part forfaitaire et quelle sera la part encore liée à l'activité. Les fédérations participent à cette démarche. Comment mettrons-nous en œuvre ce dispositif ? Il ne s'agit pas de savoir si l'on y va ou pas. La décision a été prise bien avant ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Je l'ai annoncé au mois de mai dernier à l'occasion d'HopitalExpo, c'est-à-dire du salon santé et autonomie, le Gouvernement a pris la décision, au regard des travaux menés depuis des années dans le cadre d'un groupe de travail qui s'est étoffé, de poursuivre sur sa lancée et d'inscrire les soins critiques dans un nouveau financement.

Le groupe de travail ne cessera pas son activité du jour au lendemain. Je souhaite même qu'il continue ses travaux durant des années, car le financement des activités hospitalières est une question qui doit être en permanence remise sur le métier. Prenons l'exemple des soins critiques et des soins palliatifs. Comment est-ce que l'on avance sur ce terrain ? Il n'est pas possible de fixer un rendez-vous une fois par an.

En tout état de cause, le travail se fait. Il existe un accord pour basculer les soins critiques vers un nouveau mode de financement. Les travaux se poursuivent pour décider comment cela se passera concrètement.

On aboutit à cette situation paradoxale, où presque tout le monde demande que l'on en finisse avec le tout T2A, alors que nous avons beaucoup plus rompu avec la tarification à l'activité que ce que l'on imagine, et où l'on nous reproche d'aller trop vite au moment où nous passons une étape majeure !

Le Gouvernement demande donc le retrait de ces amendements. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 7 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Cet amendement aura au moins eu une vertu : permettre à Mme la ministre de s'exprimer de façon complète et avec cohérence sur un sujet très important, à savoir la réforme dans certains secteurs de l'hôpital de la T2A. La fin du tout T2A est un enjeu majeur.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Barbier, l'amendement n° 252 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 252 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 44, modifié.

(L'article 44 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 44

M. le président. L'amendement n° 222, présenté par Mmes Deroche et Imbert et M. Milon, est ainsi libellé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 1110-11 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1110-11-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 1110-11-...* – Toute personne malade a le droit, lorsque son état de santé le permet et que cela est compatible avec l'organisation de sa prise en charge, de poursuivre son activité professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Lorsqu'elle perçoit des revenus professionnels, elle renonce au bénéfice des indemnités journalières. »

II. – L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Si l'état de santé du patient le permet et que cela est compatible avec sa prise en charge, il peut, après avis de son médecin traitant, poursuivre son activité professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, sous réserve de renoncer au bénéfice des indemnités journalières. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. À l'occasion du Plan cancer 2014-2019, les pouvoirs publics ont fait du maintien dans l'emploi une priorité. L'objectif 9 est ainsi de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle et d'accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi.

Les patients rencontrent fréquemment des difficultés pour combiner leur vie professionnelle et leur traitement thérapeutique. Ainsi, selon une enquête réalisée en 2012, parmi les

personnes qui étaient en activité lors du diagnostic, trois sur dix qui sont atteintes d'un cancer ont perdu leur emploi ou l'ont quitté dans les deux ans suivant le diagnostic.

Certes, des entreprises travaillent, par exemple dans le cadre du réseau Cancer@Work, pour maintenir leurs salariés dans l'emploi.

L'objet du présent amendement est de reconnaître au patient le droit de conserver son activité professionnelle dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, ce qui est souvent le cas pour les nouvelles thérapeutiques oncologiques, lorsque celle-ci est compatible avec son état de santé et qu'il en a formulé le souhait.

Un amendement similaire a déjà été proposé par la présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile, la FNHAD, Élisabeth Hubert, lors de la loi Santé.

Madame la ministre, vous aviez à l'époque exposé les difficultés réglementaires pouvant s'opposer à l'adoption d'une telle mesure, mais vous nous aviez indiqué – je sais tout l'intérêt que vous portez au sujet – qu'un travail de réflexion serait mené afin de voir comment faire pour que les patients en traitement à domicile puissent conserver une vie professionnelle, ce qui est parfois possible grâce au télétravail, notamment. On sait combien le maintien d'une activité professionnelle peut être une aide et un soutien à la guérison. Cela permet aussi de supporter la thérapeutique.

Nous souhaitons donc avoir votre avis sur cet amendement, madame la ministre. Le travail que vous aviez promis il y a un an lors de la loi Santé a-t-il été réalisé ?

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'une question que nous avons déjà abordée lors de l'examen de la loi santé. Il arrive que le travail soit compatible avec l'état de santé du patient qui est hospitalisé, même si l'hospitalisation a lieu à domicile.

La commission émet donc un avis favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame Deroche, je partage fondamentalement, vous le savez puisque nous en avons parlé lors de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé, votre conviction qu'une personne malade, si elle peut travailler, doit pouvoir le faire, car le maintien d'une activité professionnelle est parfois un élément qui permet d'améliorer l'état de santé.

Il ne s'agit certes pas d'un élément de guérison, mais cela peut améliorer la qualité de vie du malade et, vous avez raison de le souligner, mesdames, messieurs les sénateurs, le plan cancer, lancé par le Président de la République, fait effectivement de la qualité de vie et du maintien en activité des malades un objectif en soi.

Néanmoins, cela ne signifie pas qu'une personne hospitalisée doit pouvoir travailler, car on imagine bien les risques de dérives que cela comporte. Quand on est en hospitalisation à domicile, en HAD, on est, c'est vrai, chez soi, mais on est hospitalisé.

Aussi, je distingue pour ma part entre, d'une part, les soins à domicile, d'autre part, le mi-temps thérapeutique, qu'il faut encourager, et, de troisième part, l'hospitalisation. Encore une fois, si l'on retient de l'hospitalisation à domicile la

partie « à domicile », mais non la dimension « hospitalisation », attention, cela peut donner lieu à des dérives potentielles, de la part tant du patient que de l'employeur. Ce dernier pourrait en effet dire à son salarié que reprendre le travail peut faire du bien et lui indiquer qu'il ne le rémunérera pas puisque des indemnités journalières sont versées.

Inversement, si le salarié est rémunéré, il ne toucherait plus les indemnités journalières. Bref, nous sommes là sur une pente glissante.

Mme Laurence Cohen. Tout à fait !

Mme Marisol Touraine, ministre. En revanche, encourager le mi-temps thérapeutique, améliorer le passage d'une situation à l'autre – de l'hospitalisation au retour à l'activité professionnelle –, communiquer, voire exercer des pressions, auprès des employeurs pour que les malades ne soient pas ostracisés, qu'ils puissent garder leur emploi et aménager leur temps de travail – quand on est malade, on est malade, on doit pouvoir bénéficier d'un regard bienveillant, même si, je puis le concevoir, ce n'est évidemment pas toujours facile pour l'entreprise –, oui, je suis favorable à tout cela, et nous y travaillons.

On ne peut pas, d'un côté, considérer la HAD comme un mode d'hospitalisation et la reconnaître comme une fédération d'hospitalisation à part entière, et, d'un autre côté, estimer que le patient est à domicile donc disponible pour le travail. Non, en HAD, on est à l'hôpital, mais chez soi.

Pour toutes ces raisons, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, madame la sénatrice.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 222 est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Nous nous trouvons dans la même situation que l'année dernière : nous nous confrontons à la difficulté de l'hospitalisation, qu'elle soit à domicile ou en établissement.

Je vais retirer mon amendement, monsieur le président, car je voulais surtout savoir si, depuis un an, un travail avait été mené pour envisager la possibilité, dans certaines circonstances, au cours de la même séquence thérapeutique, de considérer certains malades comme en hospitalisation à domicile pendant un temps très court puis de les faire basculer en soins à domicile.

Je constate que rien n'a avancé sur ce sujet, mais, reconnaissant les difficultés que poserait une hospitalisation à domicile compatible avec la poursuite d'une activité professionnelle, je retire mon amendement. Cela étant dit, le débat reste ouvert, puisque rien n'a bougé.

En tout cas, je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 222 est retiré.

L'amendement n° 346 rectifié *bis*, présenté par Mmes Cohen et David, MM. Watrin, Bosino et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 44

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur la révision de la liste des

pathologies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les agents de la fonction publique d'État, territoriale et hospitalière.

Ce rapport distingue les pathologies déclarées éliminées, les nouvelles pathologies qui pourraient les remplacer, et le nombre potentiel de fonctionnaires que ces mesures pourraient concerner.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Nous proposons, au travers de cet amendement, que soit remis au Parlement un rapport sur la révision de la liste des pathologies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires.

Actuellement, seules cinq pathologies, dont la poliomyélite, ouvrent droit à ce congé. Or, en 2002, cette affection a été déclarée éliminée en Europe par l'Organisation mondiale de la santé, et, au contraire, une maladie comme la sclérose en plaques, qui, selon l'assurance maladie, touchait 80 000 personnes en 2014, n'y figure pas. Il est donc nécessaire de réviser cette liste, qui date de 1984, pour qu'elle puisse, enfin, répondre aux besoins de la population. En effet, en plus de trente ans, de nouvelles pathologies sont apparues et d'autres ont disparu – on peut certes s'en réjouir, mais il faut aussi en tirer les conséquences.

L'année dernière, en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, nous avons adopté à l'unanimité un amendement ayant le même objet, mais ne visant que la sclérose en plaques. M. le rapporteur général avait d'ailleurs déclaré qu'il s'agissait incontestablement d'un sujet d'une grande importance.

Notre demande de rapport avait malheureusement été supprimée en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale – nous le regrettons vivement –, les députés ayant proposé d'attendre la conclusion des négociations avec les organisations syndicales sur la santé et la sécurité au travail, qui avaient notamment pour ambition de réviser cette liste. Un an plus tard, nous n'avons pas d'information sur le résultat de ces travaux.

Vous nous aviez en outre reproché, madame la ministre – à juste titre, selon moi –, de nous concentrer uniquement sur la sclérose en plaques, alors que bien d'autres maladies pourraient figurer dans la liste. L'objet de la modification que nous avons apportée à notre amendement cette année consiste donc à élargir le champ du rapport demandé.

Nous l'avions dit l'année dernière – c'était partagé sur l'ensemble des travées –, il s'agit avant tout d'avoir une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de l'épidémiologie du XXI^e siècle, afin de pouvoir mettre en place une mesure de justice sociale et de solidarité.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Bien que cet amendement tende à demander un rapport et que notre pratique habituelle consiste à éviter de les multiplier, il s'agit tout de même ici d'un véritable problème.

Nous souhaiterions disposer de précisions du Gouvernement avant de nous exprimer. Si nous n'avons pas assez d'éléments, nous nous en remettrons à la sagesse du Sénat ; dans le cas contraire, la commission serait amenée à demander le retrait de l'amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Cette question, que vous aviez déjà posée l'année dernière, mérite notre attention ; son enjeu réside dans l'élargissement, quand on souffre de certaines maladies, des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique et l'amélioration de son fractionnement.

Je vous rappelle qu'une disposition est inscrite en ce sens dans le projet d'ordonnance prise en application de l'article 44 de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Le temps partiel thérapeutique fait partie des dispositifs qui peuvent répondre aux besoins des personnes atteintes de sclérose en plaques, mais également d'autres pathologies que vous évoquiez.

Par ailleurs, les conditions de fractionnement du congé de longue maladie vont être revues, puisque ce mécanisme peut répondre à la situation de personnes atteintes de maladies chroniques et qui, du fait des variations de leur état de santé, peuvent alterner des phases d'activité professionnelle et des interruptions.

Enfin, un guide de bonne pratique visant à améliorer la prise en compte des maladies chroniques et évolutives est en cours de rédaction et sera diffusé.

Dans ces conditions, un rapport sur l'élargissement de la liste des maladies ouvrant droit au congé de longue durée ne me paraît pas nécessaire. Le travail est engagé, les dispositions législatives sont même en cours d'adoption.

Pour toutes ces raisons, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, madame la sénatrice.

M. le président. Madame David, l'amendement n° 346 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Annie David. J'entends bien l'argumentation de Mme la ministre au sujet de l'accès au congé de longue durée et du fractionnement du temps partiel thérapeutique.

Toutefois, il s'agit de la liste des maladies qui ouvrent droit à ce congé dans la fonction publique. Aujourd'hui il n'en existe que cinq, dont, entre autres, la poliomyélite, qui a heureusement disparu de notre pays depuis 2002, selon l'OMS.

Mme Catherine Génisson. Grâce à la vaccination !

Mme Catherine Deroche. Tout à fait !

Mme Annie David. Nous demandons donc que non seulement la sclérose en plaques, mais encore d'autres maladies invalidantes et reconnues comme des affections de longue durée par l'assurance maladie figurent dans le tableau permettant aux fonctionnaires d'avoir accès à ce congé.

Vous n'avez pas mentionné, madame la ministre, la réouverture de la liste de ces maladies ; or c'est cela qui nous préoccupe. Comment prendre en compte l'évolution des pathologies, y compris au sein de cette liste ? N'ayant pas entendu de réponse à notre question, je maintiens mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 346 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 44.

Article 44 bis (nouveau)

① I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

② « *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. »

③ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} mars 2018.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. L'article 44 bis pose le principe d'un transfert, vers les établissements de santé, de la charge financière des transports intraétablissement et interétablissements prescrits par les praticiens qui y exercent. Selon nous, ce dispositif non seulement va à contre-courant des principales normes en vigueur, mais, en outre, fait peser des risques importants sur la fluidité du parcours des patients atteints de maladies chroniques ou des patients hospitalisés devant se rendre à une séance de leur traitement, par exemple anticancéreux.

Le risque que la prise en charge de ces patients par l'assurance maladie soit remise en cause et l'exclusion des services mobiles d'urgence et de réanimation, les SMUR, du dispositif posent un problème de cohérence et de lisibilité.

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« *Art. L. 162-21-2.* – Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport à l'exception des transports mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique, de ceux relatifs aux transferts de moins de quarante-huit heures et de ceux relatifs à des séances de chimiothérapie, radiothérapie et de dialyse. Leur financement est inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du présent code et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret en précise les conditions d'application. »

II. – Le I entre en vigueur au plus tard au 1^{er} mars 2020.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Le président de la commission vient d'évoquer le problème du financement du transport prescrit par les établissements de santé.

Le présent amendement vise à préciser que les transports interétablissements réalisés dans le cadre de l'urgence par les SMUR, régis par des règles qui leur sont propres, sont exclus de ce nouveau mécanisme de financement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement tend à exclure plusieurs types de transport du champ d'application de l'article 44 *bis* et vise à prévoir sa mise en application plus tard, en 2020.

Or la commission pense que le transfert de la prise en charge des transports interétablissements aux hôpitaux prescripteurs constitue une clarification bienvenue. Les fédérations hospitalières demandent unanimement que les situations locales soient examinées avant que toute mesure ne soit prise. En attendant, la rédaction proposée par M. Barbier au travers de cet amendement semble être celle qui offre le plus de garanties contre des transitions brusques.

La commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Au travers de cette mesure, nous souhaitons simplifier la gestion des transports interhospitaliers. Dans la rédaction du Gouvernement, les SMUR, que vous souhaitez exclure du dispositif, en sont déjà écartés, puisqu'ils sont financés selon des modalités différentes, sur une mission d'intérêt général particulière. Ils ne sont donc pas concernés.

L'autre aspect de votre amendement – l'exclusion des transferts de moins de quarante-huit heures – va à l'encontre, on le voit bien, de notre objectif de simplification de la réglementation. En effet, aujourd'hui, la prise en charge de ces transferts est partagée entre l'assurance maladie et l'établissement d'origine, en fonction du statut juridique de celui-ci et de la nature des soins réalisés durant le transfert. C'est donc assez compliqué – c'est le moins que l'on puisse dire –, cela brouille le pilotage des établissements, et c'est source d'incertitudes et de contentieux, tant pour les établissements que pour les acteurs du transport.

Notre mesure permet de retenir une règle unique et claire, permettant de simplifier la gestion des ressources pour les établissements. Que les règles de financement varient selon le statut juridique de l'établissement et la nature des soins ne me paraît pas de bonne politique budgétaire : un établissement ne sait jamais comment les choses se passent à l'avance.

Pour toutes ces raisons, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, monsieur le sénateur.

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

M. Gilbert Barbier. Il demeure tout de même un problème, madame la ministre. Vous indiquez que la prise en charge est partagée entre l'assurance maladie et l'établissement d'origine.

Néanmoins, lorsqu'il y a un transfert, quel est l'établissement qui est rémunéré pour les actes médicaux pratiqués ? L'hôpital de réception du patient. L'hôpital d'origine a des frais de transport, mais ne perçoit aucune recette.

Je sais que c'est compliqué, je ne prétends pas le contraire, mais il vaudrait mieux que ce soit l'établissement recevant le patient, qui facturera d'ailleurs des soins à l'assurance maladie, qui prenne en charge le transport.

Le problème financier pour l'établissement d'origine n'est pas négligeable, d'autant que l'on multiplie désormais les transferts interétablissements, beaucoup d'hôpitaux généraux n'offrant pas toutes les spécialités.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, vous avez évoqué les transports assurés par les SMUR.

Il y a, dans le département du Pas-de-Calais, que je connais bien, un problème avec ces transports. Faute de CHU, ou centre hospitalo-universitaire, dans ce département, un certain nombre d'hôpitaux transfèrent leurs patients vers Amiens ou Lille, et c'est le SMUR d'Arras qui s'en charge.

Auparavant, c'était l'hôpital prescripteur qui prenait la charge de ces transferts ; aujourd'hui, c'est le centre hospitalier d'Arras qui les assume en totalité. En outre, M. Barbier l'indiquait, c'est l'hôpital de réception qui « bénéficiera », si l'on peut dire, de la prise en charge de la pathologie de ces patients.

Même si ce sujet n'est pas directement lié à l'article 44 *bis*, la prise en charge des transports interhospitaliers dans le département du Pas-de-Calais, où les transferts sont assurés, je le répète, par le SMUR d'Arras, pose un véritable problème.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Je confirme les propos que vient de tenir Mme Génisson. Pour l'hôpital d'Arras, ce problème coûte 3 millions d'euros par an.

Mme Catherine Génisson. Tout à fait !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Les établissements prescripteurs ne veulent plus payer pour ces transferts, malgré les injonctions de l'agence régionale de santé.

Mme Catherine Génisson. Autrefois, ils le faisaient !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Ce sujet n'est pas tout à fait lié à l'objet de l'article 44 *bis*.

Mme Catherine Génisson. Oui, je l'ai reconnu, madame la ministre !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Ce problème, dont vous évaluez le coût à 3 millions d'euros, s'inscrit justement dans le cadre des règles actuelles, dont on ne peut effectivement pas se satisfaire.

Le sujet que vous évoquez, madame Génisson, concerne moins la règle de financement, telle qu'elle est appliquée que la façon d'adapter le périmètre des financements avec le périmètre des responsabilités. Dans le cadre de la réforme que nous engageons, nous prévoyons de travailler au paramétrage des champs de compétence et de financement – c'est de nature réglementaire –, afin que nous puissions adapter en 2018, le temps que le travail soit fait, les flux financiers en fonction des prescripteurs et de ceux qui engagent les dépenses.

En revanche, d'une part, l'adoption de l'amendement de M. Barbier ne réglera pas le problème existant dans le Pas-de-Calais...

Mme Catherine Génisson. J'en suis consciente !

Mme Marisol Touraine, *ministre.* ... et, d'autre part, la disposition que nous soutenons ne change rien aux modalités de rémunération de l'hôpital prescripteur et de répartition de la charge entre l'hôpital qui envoie et celui qui reçoit. Ce sont des sujets totalement indépendants.

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

M. René-Paul Savary. Le problème des transports est plus global.

Mme Marisol Touraine, ministre. Mais ce n'est pas le sujet qui nous occupe !

M. René-Paul Savary. On ne considère l'affaire, là encore, que par le petit bout de la lorgnette.

On vient de rendre obligatoires les groupements hospitaliers de territoire, constitués d'ailleurs par l'ARS – après concertation, certes – en fonction du périmètre géographique plutôt que d'un projet de santé. Or nous souhaitons justement que ces groupements soient fondés sur un projet de santé. Les choses ont donc été faites à l'envers...

Dans le domaine des transports, il faudra faire certaines modifications, on le voit bien. Dans les groupements hospitaliers de territoire ou dans les territoires de démocratie, il y aura des directions communes d'établissement ; le directeur du CHU, s'il y en a un, prendra en charge la direction du groupement.

Certains seront accrédités, les autres non, et des problèmes de transport se poseront. C'est donc à l'échelon des groupements qu'il faudra régler le financement de ces transports. Cela ne pourra pas être toujours à la charge de l'hôpital qui transfère, sans quoi, celui-ci sera déséquilibré et on affirmera, à terme, que les hôpitaux périphériques ne peuvent atteindre l'équilibre financier et qu'il faut songer à les fermer.

Or, s'il n'y a plus d'hôpital périphérique, on n'est pas près de trouver des médecins généralistes dans ces territoires parce que la proximité d'un centre de soins est essentielle pour le choix de l'installation des médecins.

Un second problème se pose, madame la ministre, celui des transports assurés par les pompiers, par les véhicules de secours aux asphyxiés et aux blessés, les VSAB. Pour ces transports sanitaires, qui ne rentrent pas dans le champ de leur mission de service public, les services départementaux d'incendie et de secours, les SDIS, ne sont pas rémunérés ou, s'ils le sont, leur rémunération diffère d'une ARS à l'autre, d'un département à l'autre.

Il faudra donc revoir cette politique de transport de façon globale et non au travers d'amendements d'opportunité au cours de l'examen de diverses lois.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 237 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 44 bis est ainsi rédigé, et les amendements identiques n°s 153 rectifié ter et 172 rectifié ter n'ont plus d'objet.

Toutefois, pour la bonne information du Sénat, je rappelle les termes de l'amendement n° 153 rectifié ter, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Kern et Lefèvre, Mme Micouveau, MM. Morisset, Revet, Cardoux, César et de Legge, Mme Loïsier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin et Mandelli, Mme Procaccia et MM. B. Fournier, D. Laurent, de Raincourt et L. Hervé, et de l'amendement n° 172 rectifié ter, présenté par Mme Doineau, MM. Luche, Médevielle et Cigolotti, Mme N. Goulet, MM. Canevet et Longeot, Mme Gatel et MM. Marseille, Roche, Namy et Gabouty :

Alinéa 2, première phrase

Après les mots :

de la prescription de transport

insérer les mots :

, à l'exception de ceux réalisés par les structures mobiles d'urgence et de réanimation et ceux relatifs aux transferts de moins de quarante-huit heures,

Article additionnel après l'article 44 bis

M. le président. L'amendement n° 377 rectifié, présenté par MM. Karam, Patient, Desplan et Mohamed Soilihi et Mme Claireaux n'est pas soutenu.

Article 44 ter (nouveau)

- ① La sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-30-5 ainsi rédigé :
- ② « Art. L.162-30-5. – I. – Par dérogation aux articles L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé peut, après avis conforme d'un comité national constitué à cet effet, autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe exceptionnelle d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.
- ③ « La durée de cette autorisation ne peut être supérieure à cinq ans.
- ④ « En cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.
- ⑤ « Les conditions et modalités d'autorisations ainsi que les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement du comité mentionné au premier alinéa du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.
- ⑥ « II. – La prise en charge relevant d'une activité mentionnée au I est assurée par un forfait qui inclut notamment la prise en charge des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés. Les praticiens exerçant à titre libéral sont rémunérés par l'intermédiaire de l'établissement de santé.
- ⑦ « À cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du présent chapitre.
- ⑧ « Le périmètre, le montant par catégorie de greffe, la durée de prise en charge, les conditions particulières associées ainsi que les modalités d'allocation du forfait sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑨ « Par dérogation aux articles L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14, ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie. » – *(Adopté.)*

Article additionnel après l'article 44 ter

M. le président. L'amendement n° 347, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 44 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa du II de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le cas échéant, » sont supprimés.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Actuellement, le code de la sécurité sociale prévoit que « des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé » peuvent être conclus pour « améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients ». Les centres de santé n'y sont pas forcément associés, puisque le même code précise que des centres de santé peuvent participer à ces contrats « le cas échéant ».

Nous proposons, au travers de cet amendement, de supprimer cette mention, pour que les centres de santé, au même titre que les autres professionnels de santé, soient associés pleinement aux conventions considérées. Il en existe tout de même 1 200 environ dans notre pays, et il serait dommage de s'en priver dans ces conventions.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ma chère collègue, vous demandez que les centres de santé soient systématiquement impliqués dans ces conventions. Or je ne suis pas sûr que cela soit opportun dans tous les cas... Dans certaines hypothèses, ces centres doivent être consultés, mais pas dans d'autres.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Les centres de santé ont des intérêts spécifiques, qui peuvent rejoindre, pour certains, les intérêts généraux de l'ensemble des partenaires conventionnels, mais pas nécessairement. Il n'est donc pas opportun d'en faire des partenaires systématiques pour toutes les conventions.

Qu'ils soient parties prenantes des négociations les concernant me paraît être la moindre des choses, mais il n'en va pas de même pour des stipulations qui ne les concerneraient pas.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Madame David, l'amendement n° 347 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Nous ne demandons pas, malgré la rédaction peut-être quelque peu maladroite de notre amendement, que tous les centres de santé soient obligatoirement associés à toutes les discussions concernant ces conventions. L'article que j'ai cité précédemment dispose que de telles conventions « peuvent » être conclues.

Il y a, certes, des centres de santé qui ne traitent que de soins dentaires ou de soins généralistes. S'ils ne sont pas concernés par les conventions en cours de discussion, ils ne

doivent évidemment pas y être associés ! Ne seraient associés que les centres de santé dont les compétences sont pertinentes pour la convention en cours de négociation.

Il faut être simple. Hier soir, nous avons longuement discuté du problème de la désertification médicale, en milieu tant rural qu'urbain. Dans certaines grandes villes, il existe encore des centres de santé ; je trouve dommage de ne pas les impliquer dans les conventions.

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 347.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 45

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-22-8-2 est abrogé ;
- ③ 2° L'article L. 162-23-4, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :
- ④ a) Au début du premier alinéa, est insérée la mention : « I. – » ;
- ⑤ b) La première phrase du 2° est complétée par les mots : « , notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ;
- ⑥ c) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑦ « II. – Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'État. » ;
- ⑧ 3° La sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 précitée, est complétée par un article L. 162-23-15 ainsi rédigé :
- ⑨ « Art. L. 162-23-15. – Par dérogation aux articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du présent code, les activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation exercées par les hôpitaux de proximité mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique bénéficient d'un financement mixte sous la forme de recettes issues de leur activité et d'une dotation forfaitaire, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑩ 4° Après le 7° de l'article L. 174-1-1, il est ajouté un 8° ainsi rédigé :
- ⑪ « 8° Les activités de soins dispensés par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique. »
- ⑫ II. – L'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑬ 1° La première phrase du premier alinéa du II est complétée par les mots : « ou de soins de suite et de réadaptation » ;
- ⑭ 2° Au second alinéa du II, les mots : « n'excède pas un seuil défini » sont remplacés par les mots : « ou celui de leurs activités de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, » ;

- 15 3° Le III est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 16 « La liste distingue les établissements reconnus comme hôpitaux de proximité au titre de leurs activités de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. »
- 17 III. – L'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- 18 1° Au A du III, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;
- 19 2° Le B du même III est ainsi modifié :
- 20 a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , à compter du 1^{er} mars 2018 » ;
- 21 b) À la deuxième phrase du deuxième alinéa, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;
- 22 3° Le même III est complété par des D à G ainsi rédigés :
- 23 « D. – À compter du 1^{er} mars 2017 et au plus tard jusqu'au 1^{er} mars 2022, afin de prendre en compte le niveau de spécialisation de chaque établissement, les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-23-4 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-3 dudit code, sont affectées d'un coefficient de majoration.
- 24 « Ce coefficient est réduit chaque année et doit atteindre la valeur 1 au plus tard le 1^{er} mars 2022.
- 25 « Les modalités de détermination de ce coefficient sont définies par décret en Conseil d'État.
- 26 « E. – Par dérogation aux articles L. 162-23 à L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, les activités de soins de suite et de réadaptation, mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 sont financées selon les modalités suivantes :
- 27 « 1° Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017, elles demeurent financées selon les modalités antérieures à la publication de la présente loi sous réserve des exceptions prévues au 3° ci-après ;
- 28 « 2° Du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, elles sont financées par deux montants cumulatifs :
- 29 « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement antérieures à la présente loi.
- 30 « En application du premier alinéa du présent a, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale des établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code sont affectés d'un coefficient. La valeur de ce coefficient est égale à la valeur de la fraction mentionnée au même premier alinéa ;
- 31 « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement prévues au 1° de l'article L. 162-23-2 dudit code. Ce montant peut être affecté d'un coefficient de transition défini selon des modalités de calcul fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- 32 « Pour chaque établissement mentionné aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, ce montant est minoré afin de neutraliser une fraction du montant des honoraires facturés dans les conditions définies à l'article L. 162-1-7 du même code par les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral au sein de ces établissements et précisées par décret en Conseil d'État. Cette fraction est identique à celle mentionnée au premier alinéa du présent *b* ;
- 33 « 3° Les financements complémentaires prévus au 2° de l'article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au 1^{er} janvier 2017 sauf en ce qui concerne :
- 34 « a) Le financement complémentaire mentionné au *a* du 2° du même article L. 162-23-2 prenant en charge les molécules onéreuses, applicable à compter du 1^{er} mars 2018 ;
- 35 « b) Le financement complémentaire mentionné au *b* du même 2° prenant en charge les plateaux techniques spécialisés, applicable à compter du 1^{er} janvier 2018 ;
- 36 « 4° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, les actes et consultations externes pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, définies à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, sont financés par deux montants cumulatifs :
- 37 « a) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies au même article L. 162-26 dans sa rédaction résultant de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- 38 « b) Un montant correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des modalités de financement définies audit article L. 162-26 ;
- 39 « 5° Du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017, l'objectif de dépenses prévu à l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :
- 40 « a) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code, dans les conditions prévues aux 1°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2017 ;
- 41 « b) Des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22, dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E, pour la période du 1^{er} mars 2017 au 31 décembre 2017 ;
- 42 « 6° Du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018, l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué :
- 43 « a) Pour la période du 1^{er} janvier 2018 au 28 février 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code dans les conditions prévues aux 2°, 3° et 4° du présent E ;
- 44 « b) Pour la période du 1^{er} mars 2018 au 31 décembre 2018, des dépenses afférentes aux activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22 telles que prévues à l'article L. 162-23 du même code.
- 45 « F. – Par dérogation à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, le montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III n'est pas facturé par les établissements mentionnés aux *d*

et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code à la caisse désignée en application de l'article L. 174-2 du même code.

- 46 « Ces établissements transmettent leurs données d'activité à échéances régulières à l'agence régionale de santé, au titre de leurs activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du même code.
- 47 « Ces établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du même code.
- 48 « L'agence régionale de santé procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, du montant forfaitaire prévu au *b* du 2° du E du présent III, arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée au même article L. 174-2.
- 49 « L'agence régionale de santé procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice de l'article L. 162-23-13 du même code, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes.
- 50 « Les modalités d'application du présent F sont définies par décret en Conseil d'État.
- 51 « G. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, par exception au 2° de l'article L. 162-23-4 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation du patient, jusqu'à la date mentionnée au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.
- 52 « Les conditions et modalités de la participation du patient aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-23-1 dudit code sont fixées par voie réglementaire.
- 53 « L'augmentation de la base de calcul de cette participation ne peut excéder la limite maximale fixée par le décret mentionné au II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée.
- 54 « Les tarifs servant de base au calcul de la participation de l'assuré servent également à l'exercice des recours contre tiers, à la facturation des soins de patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, à l'exception de ceux affiliés au régime d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de Mayotte ou de ceux relevant d'un des régimes de la protection sociale généralisée de la Polynésie française. Ces tarifs servent également à la facturation des soins et de l'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ou de la prise en charge des soins urgents en application de l'article L. 254-1 du même code. » ;
- 55 4° Au V, l'année : « 2017 » est remplacée par l'année : « 2018 » ;

56 5° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

57 « VI. – Du 1^{er} janvier 2017 au 28 février 2018, par dérogation au 8° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les activités de soins dispensées par les maisons d'enfants à caractère sanitaire mentionnées à l'article L. 2321-2 du code de la santé publique, exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, demeurent financées selon les modalités antérieures à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017. »

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Cet article concerne la poursuite de la refonte du financement des soins de suite et de réadaptation, les SSR. Dès l'année dernière, madame la ministre, notre commission des affaires sociales a relevé le fort degré d'incertitude concernant l'impact de ce dispositif pour les établissements, en l'absence d'une étude nationale suffisamment étayée sur son coût.

Si les travaux complémentaires qui ont suivi l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ont montré la nécessité d'un ajustement, la mise en œuvre d'une période transitoire allant du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018 soulève quelques interrogations. Durant cette période, le financement consistera en une combinaison des modalités antérieures et du nouveau dispositif.

Dans ce contexte, viser, dès 2017, un objectif commun de dépenses pour deux secteurs, dont l'un sera majoritairement financé à l'activité et l'autre par des dotations, nous paraît manquer de cohérence et de lisibilité.

M. le président. L'amendement n° 18 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mme Deromedi, MM. Calvet et Laménie, Mme Mélot et MM. Houel, Rapin, Vasselle et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 31, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Le processus de calcul du coefficient de transition de la réforme du financement, prévu sur cinq ans, constitue l'un des éléments de cette réforme susceptibles d'avoir un fort impact pour les établissements.

Les modalités de sa fixation, définies par arrêté ministériel, nécessitent un avis préalable des principaux acteurs concernés, afin de permettre à cette réforme de s'appliquer de manière cohérente, concertée et efficiente sur l'ensemble du champ d'activité des SSR.

Le présent amendement tend ainsi à proposer que les organisations nationales les plus représentatives des établissements de soins de suite et de réadaptation soient consultées en amont, eu égard aux enjeux financiers induits par l'application de ce coefficient.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Il semble naturel que les acteurs soient consultés. C'était sans doute l'intention du Gouvernement, mais cela va encore mieux en le disant.

L'avis de la commission est donc favorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Les fédérations sont évidemment consultées, et elles le seront en particulier pour cette réforme. Toute procédure de fixation des tarifs donne lieu à une consultation et à une concertation avec les fédérations, mais je vous rappelle que ce type de procédure est de nature réglementaire, et non législative.

Je m'étonne que, vous qui êtes si attentive à ce que l'on n'écrase pas les procédures sous des normes et des règles et à ce que les lois ne prévoient pas tout dans les moindres détails, madame la sénatrice, vous souhaitiez corseter à ce point ce qui relève d'une pratique administrative, et même politique ; les rencontres avec les fédérations se font en effet aussi au niveau des cabinets des ministères, voire avec les ministres eux-mêmes.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 18 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 18 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 182 rectifié, présenté par Mme Férat, MM. Détraigne, Savary, Luche, Bonnacarrère, Guerriau, Kern, Canevet et Longeot, Mmes Gatel et Doineau et M. L. Hervé, n'est pas soutenu.

L'amendement n° 253 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Bertrand et Castelli, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Alinéa 42

Remplacer les mots :

l'objectif de dépenses mentionné au I de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale est constitué

par les mots :

les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale sont constitués

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a entériné un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, les SSR. Quant à l'article 45 du présent texte, il qualifie la période allant du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018.

Pendant cette période transitoire, se pose le problème de la prise en charge des molécules onéreuses et des plateaux techniques spécialisés, qui ne seront en application qu'au 1^{er} mars 2018 pour les molécules et au 1^{er} janvier 2018 pour les plateaux. Cette situation est fort compliquée.

La dualité de financement, soit à l'activité, soit à la dotation, pose problème pour l'ensemble du dispositif, dont l'application ne se fera peut-être pas en 2017. La sagesse voudrait donc que l'on reporte ces mesures.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement tend à éviter que les dispositions transitoires ne viennent fragiliser le financement de certains aspects de l'activité de SSR. Toutefois, il n'est pas certain que l'amendement permette d'atteindre exactement cet objectif.

Nous souhaitons donc connaître l'avis du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Effectivement, je ne crois pas que l'amendement permette d'atteindre cet objectif.

Nous voulons éviter une mise en œuvre brutale, du jour au lendemain, de la réforme. Nous prévoyons donc une période de transition, avec une montée en charge et un accompagnement par un financement spécifique. La réforme sera globalement mise en œuvre au 1^{er} mars 2018, mais dès février ou mars 2017, des mécanismes de financement particuliers seront élaborés et monteront en charge progressivement pour financer, notamment, les soins onéreux et les plateaux techniques.

Il paraît préférable d'accompagner la montée en puissance progressive de cette réforme très importante. Je me suis engagée à ce que celle-ci ne provoque pas de déstabilisation pour les établissements concernés. Pour ce faire, il importe que cette réforme soit mise en œuvre graduellement, en veillant à ce que les financements nécessaires soient au rendez-vous.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 253 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Le problème pour les établissements est de savoir qui financera les soins onéreux durant cette période intermédiaire. Vous nous garantisiez, madame la ministre, que la continuité des soins apportés aux patients sera assurée.

Je décide de vous croire et retire donc mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 253 rectifié est retiré.

L'amendement n° 19 rectifié, présenté par M. Commeinhes, Mme Deromedi, MM. Calvet et Laménie, Mme Mélot et MM. Houel, Rapin et Vasselle, est ainsi libellé :

Alinéa 49

Après le mot :

observations

insérer les mots :

selon la procédure prévue à l'article L. 133-4

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Le projet de loi prévoit, de manière dérogatoire, des règles de facturation spécifiques pour les établissements SSR, sur la période courant du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, durant laquelle ils devront transmettre leurs données d'activité à l'ARS, avec copie à leur CPAM, en lieu et place de l'envoi direct à leur CPAM, comme c'est la règle de droit commun.

L'ARS fixe alors pour chaque établissement la valorisation du montant forfaitaire correspondant à la fraction de tarifs dont ce dernier bénéficiera, la lui notifie, puis la contrôle et peut, en cas d'anomalies constatées, lui déduire les sommes indûment versées du montant des périodes suivantes. Cette procédure d'action en répétition d'indu pourra donc avoir un impact significatif sur l'avenir de chaque structure, et ce d'autant plus qu'elle s'effectuera sur la base d'un nouveau mode de financement.

Or, à plusieurs reprises, l'Inspection générale des affaires sociales a mis en lumière la complexité des différentes procédures d'inspection et de contrôle des établissements de santé, et la perfectibilité du cadre légal et réglementaire les encadrant. Il s'agit des rapports RM2013-010P de février 2013 et RM2013-165Z de novembre 2013.

Le présent amendement tend à renvoyer, pour l'application de ces dispositions, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, laquelle préserve les droits garantis aux établissements concernés – notification motivée d'indu, droit de l'établissement à formuler des observations – dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

Cette procédure de recouvrement impose une obligation de motivation spéciale aux organismes chargés du recouvrement, qui doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ainsi que la date du versement indu. Elle se justifie d'autant plus qu'elle est déjà mise en œuvre pour les factures relatives aux molécules onéreuses et à la tarification à l'activité en court séjour.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La demande de garanties de procédures formulées au travers de cet amendement paraît légitime.

Le sujet est cependant très technique et appelle des clarifications de la part du Gouvernement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement est satisfait. Les garanties, légitimes, que vous souhaitez obtenir, madame la sénatrice, ont été prévues dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, et sont transcrites à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, qui a été modifié en ce sens.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2017, date d'entrée en vigueur de la mesure, les procédures en vigueur dans le champ de MCO – médecine, chirurgie, obstétrique – et visant à protéger les établissements seront applicables au champ des soins de suite et de réadaptation, les SSR, dans les mêmes conditions et selon les mêmes procédures.

Cet amendement étant satisfait, j'en demande le retrait.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 19 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Non, monsieur le président, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 19 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 142 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny,

MM. Guerriau et Kern, Mme Micouleau, MM. Morisset, Revet, Cardoux, César, de Legge et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclet, Pellevat, Perrin, de Raincourt, Vogel et Chasseing, Mmes Procaccia et Gatel et MM. Mayet, Longeot, Pointereau, Gremillet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« ... – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale remettent au Parlement, au plus tard le 1^{er} octobre 2017, une étude d'impact destinée à évaluer les premières conséquences financières de la mise en œuvre de la réforme sur les établissements de santé. Cette étude présente les résultats issus de l'hypothèse de déploiement progressif du nouveau modèle de financement arrêté sur les tarifs, fractions de tarifs et coefficients retenus pour la période du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018, puis du 1^{er} mars au 31 décembre 2018. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Le présent amendement vise à évaluer les conséquences de la réforme de la tarification des établissements SSR pour les deux premières années de mise en œuvre.

M. le président. L'amendement n° 97, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} octobre 2017 un rapport évaluant les conséquences financières pour les établissements de santé de la réforme de tarification des soins de suite et de réadaptation. »

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 142 rectifié *ter*.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. L'amendement n° 142 rectifié *ter* vise à demander une évaluation du dispositif. En effet, malgré les améliorations apportées par l'article, les inquiétudes persistent, notamment dans les établissements sous objectifs quantifiés. Un rapport serait de nature à améliorer le suivi.

La commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

En revanche, je retire l'amendement n° 97, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 97 est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 142 rectifié *ter* ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement est satisfait : une disposition similaire a déjà été déposée l'année dernière, à laquelle le Gouvernement a répondu favorablement.

Nous avons étendu la portée des rapports au Parlement sur le financement des établissements de santé. Vous pourrez donc disposer, dans ce cadre, de toutes les informations relatives à l'évaluation des conséquences de cette réforme fondamentale pour les établissements concernés.

Je demande donc le retrait de cet amendement.

Mme Catherine Procaccia. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 142 rectifié *ter* est retiré.

Je mets aux voix l'article 45, modifié.

(L'article 45 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 45

M. le président. L'amendement n° 210 rectifié, présenté par MM. Kern, Médevielle, Cigolotti et Longeot, Mme Gatel, MM. Détraigne, Bockel et Marseille, Mme Billon, MM. Gabouty, Reichardt, Kennel et Grosdidier, Mmes Di Folco, Gruny et Garriaud-Maylam, MM. Lefèvre, Houpert et Commines, Mme Mélot, M. Houel, Mme Duchêne, M. G. Bailly, Mmes Deromedi et Troendlé et MM. Charon, Gremillet et Laménie, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « actes réalisés en série », sont insérés les mots : « en ville, en centre de rééducation fonctionnelle ou dans les établissements de soins de suite et de réadaptation ».

La parole est à Mme Jacky Deromedi.

Mme Jacky Deromedi. Afin de limiter certains coûts, la loi n° 2008-1330 de financement de la sécurité sociale a mis en place des référentiels pour les actes en série.

Dorénavant, l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dispose : « Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge. »

Pourtant, malgré la limpidité du texte, force est de constater que lesdits référentiels ne s'appliquent qu'en ambulatoire. À ce jour, 16 référentiels ont été mis en place pour des pathologies ostéo-articulaires – rééducation des entorses externes récentes de la cheville et du pied, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, arthroplastie du genou par prothèse totale du genou, etc.

Afin de rectifier cette iniquité, il devient indispensable d'inscrire ces précisions dans la loi, afin que les référentiels s'appliquent aussi en centres de rééducation fonctionnelle, les CRF, et en centres de soins de suite et de rééducation, dits SSR, tant publics que privés.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cette mesure permettra une plus grande diffusion des bonnes pratiques, donc une meilleure prise en charge à moindre coût.

L'avis de la commission est donc favorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Contrairement à ce que vous semblez imaginer, madame la sénatrice, ou à ce que certains pensent, la mise sous autorisation préalable de certaines prescriptions s'applique aussi aux établissements SSR, et pas seulement aux professionnels libéraux, notamment les kinésithérapeutes.

Les dispositions législatives nécessaires figurent donc dans le code de la sécurité sociale, mais je suis prête à demander à l'assurance maladie s'il existe des difficultés de mise en œuvre.

L'amendement étant satisfait, j'en demande le retrait.

M. le président. Madame Deromedi, l'amendement n° 210 rectifié est-il maintenu ?

Mme Jacky Deromedi. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 210 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 45.

L'amendement n° 180 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Kern et Lefèvre, Mme Micouveau et MM. Morisset, Revet, Milon, Chasseing, Perrin, Bockel, Gremillet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale il est inséré un article L. 162-22-10-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-10-...* – L'État élabore un plan triennal de l'évolution des tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10, définissant notamment les écarts bornes basses et bornes hautes dans lesquels évolueront les tarifs d'une année à l'autre. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Il est défendu, monsieur le président.

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

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

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 180 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 143 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouveau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laménie et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin, de Raincourt, Vogel, Rapin, Chasseing, Mandelli, B. Fournier, Longeot et Mayet, Mmes Procaccia, Deseyne, Gatel et Deromedi et MM. Gremillet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la possibilité d'avoir la même tarification pour tous les établissements de santé, sans tenir compte de leur statut juridique.

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission souhaite le retrait de cet amendement ; à défaut, son avis sera défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Même avis.

Mme Catherine Procaccia. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 143 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 155 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mme Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Kern et Lefèvre, Mme Micoulet, MM. Morisset, Revet, Cardoux, César et de Legge, Mme Loisier et MM. Masclat, Pellevat, Perrin, Mandelli, B. Fournier, D. Laurent, Longeot, de Raincourt, Mayet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 45

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre d'une mission d'intérêt général liée à l'application du principe de l'efficience au sein des établissements de santé publics et privés.

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 155 rectifié *ter* est retiré.

Article 45 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 15 octobre 2017, un rapport d'étape sur la réforme des modalités de financement de l'activité d'hospitalisation à domicile. Ce rapport présente notamment le calendrier de déploiement de la réforme.

M. le président. L'amendement n° 98, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Le rapport sur le financement de l'hospitalisation à domicile, l'HAD, risque d'avoir comme effet paradoxal de retarder encore plus la mise en œuvre de la réforme. La commission préfère demander au Gouvernement de lui préciser le calendrier en séance.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je suis trop respectueuse du pouvoir législatif pour donner un avis favorable à un amendement visant à supprimer un rapport demandé par les députés... (*Sourires.*) Ma responsabilité est de respecter le travail mené par les parlementaires.

L'objectif des députés était d'y voir plus clair dans la mise en place du financement de l'HAD. Des travaux sont engagés à cet égard, et il s'agit d'aller le plus rapidement possible.

Nous voulons nous donner les moyens de doubler l'activité de l'HAD d'ici à 2018, ce qui suppose que nous mobilisions plusieurs leviers, notamment la préservation des tarifs de l'HAD.

Je peux vous garantir que la production d'un rapport ne risque pas de ralentir une réforme dont les travaux préparatoires sont déjà engagés. Elle permettra en revanche, d'après les auteurs de l'amendement présenté à l'Assemblée nationale, d'informer le Parlement de son avancée.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

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

M. Alain Milon, *président de la commission des affaires sociales*. La demande de la commission des affaires sociales doit être acceptée par le Sénat, me semble-t-il.

Je vous renvoie, mes chers collègues, au texte de l'article 45 *bis*, donc à l'amendement déposé à l'Assemblée nationale : il est prévu d'attendre le 15 octobre 2017, date de remise du rapport d'étape, soit un an de plus, pour présenter le calendrier de déploiement de la réforme. Autant le faire maintenant ! Et, si ce n'est pas possible, mieux vaut supprimer l'article.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 98.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 45 *bis* est supprimé.

Article 45 ter (nouveau)

① Après l'article L. 162-1-7-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-7-3 ainsi rédigé :

② « Art. L. 162-1-7-3. – Par dérogation à l'article L. 162-2 du présent code et à l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement thermal emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, la prise en charge de l'acte ou de la prestation réalisée au sein de l'établissement peut être facturée par l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7-2 du présent code, dans la limite des tarifs fixés en application du même article L. 162-1-7-2. » – (*Adopté.*)

Article 45 quater (nouveau)

① L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Il peut être dérogé à la limite d'âge de soixante-douze ans mentionnée au premier alinéa du présent article pour conserver temporairement au sein de l'établissement des compétences et de l'expertise scientifiques de haut niveau, sous réserve de l'aptitude physique et mentale des praticiens et après avis du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle et du chef de service concernés. Les praticiens concernés exercent leur activité à raison de deux demi-journées hebdomadaires au maximum, dans le cadre d'un contrat annuel renouvelable. » – (*Adopté.*)

Article additionnel après l'article 45 *quater*

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié, présenté par MM. Karoutchi et Cardoux, Mme Mélot, MM. Houel et Morisset, Mme Micouleau, MM. Bouvard et Dufaut, Mme Morhet-Richaud, MM. Lefèvre, Joyandet, G. Bailly, Perrin, Cambon, Laufoaulu, Mayet, Milon et Longuet, Mme Deromedi, MM. Reichardt et Rapin, Mme Gruny, MM. Charon, Chaize, Calvet, Gremillet, Cantegrit, Kennel et de Nicolaÿ, Mmes Hummel et Billon et M. Mandelli, est ainsi libellé :

Après l'article 45 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La limite d'âge mentionnée à l'article 6-1 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public est portée à soixante-treize ans, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2020, pour les agents contractuels employés en qualité de médecin exerçant au sein de l'organisme mentionné à l'article L. 5223-1 du code du travail.

La parole est à M. Roger Karoutchi.

M. Roger Karoutchi. Dans le cadre de ses missions, l'Office français de l'immigration et de l'intégration, l'OFII, assure le contrôle médical des étrangers préalablement à la délivrance d'un premier titre de séjour, ce qui représente plus de 200 000 visites médicales par an.

Le nombre de médecins contractuels chargés de faire passer ces visites au sein de l'OFII étant très insuffisant, la situation devient, à la fois, difficile et dangereuse. En effet, si les étrangers ne passent pas de visite médicale lorsqu'ils arrivent dans notre pays, l'ensemble de la société française court potentiellement un risque.

L'OFII, confronté à un véritable problème d'efficacité en la matière, demande donc que, à titre transitoire, d'ici au 31 décembre 2020, les médecins actuellement en poste puissent exercer jusqu'à l'âge de 73 ans. Cette mesure ne préjugerait en rien des politiques migratoires ou d'asile du prochain gouvernement.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission souhaite entendre l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Pourquoi 73 ans ? L'un des professionnels concernés serait-il âgé de 72 ans ou 72 ans et demi ?... (*Sourires.*)

Pour certains organismes, nous avons fixé la dérogation à 72 ans, avec des dérogations possibles au-delà de cet âge. Toutefois, nous n'allons pas entrer dans cette discussion. Vous souhaitez prolonger l'activité des médecins jusqu'à 73 ans, très bien ! Je ne suis pas opposée à cette démarche de facilitation et de transition, qui repose sur le volontariat. J'admets sans difficulté que des professionnels de santé veuillent s'engager dans des activités d'intérêt général au-delà de l'âge de la retraite.

Le Gouvernement émet donc un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour explication de vote.

M. Roger Karoutchi. Contrairement à ce que veulent me faire dire certains de mes collègues qui ne soutiennent pas le même candidat que moi à l'élection présidentielle, si j'ai proposé l'âge de 73 ans, ce n'est pas pour donner le sentiment que l'éternité est devant nous, y compris au niveau politique... (*Sourires.*)

Le modeste représentant au conseil d'administration de l'OFII que je suis ne s'est pas battu pour savoir s'il fallait fixer cet âge limite à 72 ans ou 73 ans. L'Office nous a indiqué – j'ai vérifié cette information auprès du ministère de l'intérieur, qui me l'a confirmée – que, pour certains organismes spécialisés dans les problèmes migratoires et le traitement des dossiers des étrangers, l'âge limite de 73 ans avaient été retenu. J'ai donc aligné mon amendement sur cette pratique.

Toutefois, madame la ministre, si vous préférez que l'on s'en tienne à 72 ans, je ne me battra pas pour une année. (*Mme la ministre fait un signe de dénégation.*) Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de prendre cette mesure de protection.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 40 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 45 *quater*.

Article 45 *quinquies* (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant 1^{er} juillet 2017, un rapport sur l'usage de l'enveloppement corporel humide dans le secteur sanitaire. Ce rapport met notamment en lumière le nombre d'établissements qui pratiquent cet enveloppement corporel humide, son coût pour la sécurité sociale et son efficacité dans la prise en charge des patients.

M. le président. L'amendement n° 99, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. Le rapport prévu à l'article 45 *quinquies* paraît manifestement redondant avec les recommandations de bonnes pratiques sur le *packing*, déjà formulées par la Haute Autorité de santé, la HAS. Cette dernière s'est en effet prononcée contre cette méthode consistant à envelopper des enfants atteints de handicap, notamment les autistes, dans des linges humides pour leur faire travailler les relations avec l'extérieur.

Vous avez, par ailleurs, précisé dans une circulaire, madame la ministre, que cette méthode était interdite et que les directeurs des agences régionales de santé devaient être vigilants quant au financement des structures qui l'autoriseraient.

Un rapport remis au Parlement par le Gouvernement sur le sujet paraît donc inopportun. En conséquence, il est proposé de supprimer de cet article.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il n'y a aucun doute sur le fait que ce dossier relève de la responsabilité de la HAS, qui a formulé à cet égard des recommandations de bonnes pratiques et de prise en charge.

Je n'entrerai pas dans le débat, très sensible, sur le *packing*. Les députés qui ont déposé un amendement tendant à la remise d'un rapport sur le sujet souhaitaient que le Parlement bénéficie, directement, d'une synthèse de l'ensemble des travaux menés par les autorités sanitaires sur cette méthode. Tel est le sens de leur démarche.

Là encore, comme pour la précédente demande de rapport, le Gouvernement n'est pas à l'origine de cette initiative. Il s'en remet donc à la sagesse de la Haute Assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 99.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 45 *quinquies* est supprimé.

Article 45 *sexies* (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} octobre 2017, un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge.

M. le président. L'amendement n° 100, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. La rédaction d'un rapport sur la prise en charge hospitalière des personnes handicapées et sur les conditions de revalorisation des tarifs appliqués à cette prise en charge nous semble relever de la compétence de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, la MECSS.

En conséquence, nous proposons de supprimer cet article.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce n'est pas antinomique : la MECSS peut se saisir de tous les sujets qu'elle souhaite étudier. En l'occurrence, ce document n'a pas été conçu comme un rapport spécifique, mais comme un ajout au rapport transmis au Parlement sur le financement des hôpitaux.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 100.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 45 *sexies* est supprimé.

Article 46

① I. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-1 est ainsi rédigé :

③ « Toute autorisation est réputée caduque si l'établissement ou le service n'est pas ouvert au public dans un délai et selon des conditions fixés par décret. Ce décret fixe également les conditions selon lesquelles l'autorité compétente mentionnée à l'article L. 313-3 peut prolonger ce délai. » ;

④ 2° Au début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-11, les mots : « Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, » sont supprimés ;

⑤ 3° Le IV *ter* de l'article L. 313-12 est ainsi modifié :

⑥ *aa* (nouveau) Le premier alinéa du A est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑦ « La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, dans les conditions prévues au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II du présent article. » ;

⑧ *ab* (nouveau) La première phrase du deuxième alinéa du même A est ainsi rédigée :

⑨ « Lorsqu'une personne physique ou morale mentionnée au premier alinéa du présent A gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;

⑩ *a* (Supprimé)

⑪ *b* Le dernier alinéa du B est complété par une phrase ainsi rédigée :

⑫ « Dans l'attente de la signature du contrat, les autorités de tarification peuvent réviser les propositions d'affectation des résultats sur la base de l'examen de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. » ;

⑬ *c* Le même B est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑭ « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

⑮ 4° L'article L. 313-12-2 est ainsi modifié :

⑯ *a* Le premier alinéa est ainsi modifié :

⑰ – à la première phrase, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 3° » ;

⑱ – à la même première phrase, les mots : « , le cas échéant, » sont supprimés ;

⑲ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

⑳ « Il peut prévoir une modulation du tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État. » ;

㉑ *b* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

㉒ « Sans préjudice des articles L. 313-14-1 et L. 315-14, le contrat intègre, le cas échéant, un plan de retour à l'équilibre lorsque la situation financière de l'établissement l'exige. » ;

㉓ 5° L'article L. 313-14-2 est ainsi modifié :

㉔ *a* Au premier alinéa, les mots : « le reversement » sont remplacés par les mots : « la récupération » ;

㉕ *b* Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

㉖ « Cette récupération vient en déduction du tarif de l'exercice au cours duquel le montant à récupérer est constaté, ou de l'exercice qui suit. » ;

- 27 6° La première phrase du dernier alinéa du VI de l'article L. 314-7 est ainsi rédigée :
- 28 « En application des articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2, l'autorisation de ces frais de siège social est effectuée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. » ;
- 29 7° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :
- 30 a) Après les mots : « validation, à un médecin », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « désigné par le président du conseil départemental et à un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. » ;
- 31 b) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- 32 – les mots : « de l'agence régionale de santé territorialement compétente » sont supprimés ;
- 33 – sont ajoutés les mots : « territorialement compétente » ;
- 34 8° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la seconde phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, les références : « L. 313-11 et L. 313-12 » sont remplacées par les références : « L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2 » ;
- 35 9° À la fin du 4° de l'article L. 315-12, les mots : « ne relevant pas de l'article L. 314-7-1 » sont supprimés.
- 36 II. – Après le mot : « est », la fin du VI de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi rédigée : « fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente. »

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, sur l'article.

M. Dominique Watrin. Certes, l'objectif général des dépenses du médico-social, soit une augmentation de 2,9 %, se traduit par un effort supplémentaire de 550 millions d'euros pour la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Et, certes, les plans précédents – autisme, Alzheimer... – feront sentir leurs effets bénéfiques en matière de création de place ou de développement de services.

Cela dit, ce budget médico-social ne manque pas de nous interroger, pour plusieurs raisons.

D'abord, sur le champ du handicap : si l'on tient compte du basculement des dépenses des établissements et services d'aide par le travail, les ESAT, du budget de la Nation vers le budget de la sécurité sociale, la contribution de l'assurance maladie au sous-objectif des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées n'évoluera réellement que de 0,33 %, soit, selon l'Association des paralysés de France, l'APF, quelque 9,23 milliards d'euros de dépenses en 2017, contre 9,2 milliards en 2016. Or tous les parlementaires connaissent les difficultés rencontrées par les gestionnaires pour équilibrer les budgets, du fait de l'augmentation mécanique de leurs charges, de 3 % à 4 % par an.

Encore une fois, ce sont les personnels qui risqueront d'être soumis à toujours plus de productivité, et les personnes handicapées et leurs familles qui en feront une nouvelle fois les frais !

En ce qui concerne les personnes âgées, il y aurait également beaucoup à dire. Nous nous exprimerons d'ailleurs très largement sur ce sujet au cours des débats, en particulier après l'article 46 : nous porterons une proposition majeure en faveur des services d'aide à domicile, des usagers et des personnels.

D'une manière plus générale, pourra-t-on indéfiniment pallier les contraintes budgétaires, tant en investissement qu'en fonctionnement, en ayant recours aux réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, qui sont aujourd'hui rechargées par les produits non utilisés de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA, et supportées uniquement par les retraités imposables ? Est-ce une politique durable et juste ?

À toutes ces questions, nous répondons par la négative. Naturellement, les prélèvements de plus en plus importants sur les réserves – 230 millions d'euros en 2017, contre 160 millions d'euros l'an dernier – conduiront à leur épuisement, ce qui ne laisse pas d'inquiéter fortement quant à la pérennité des financements.

M. le président. L'amendement n° 101, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° Le VI de l'article L. 14-10-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « les comptes prévisionnels de la caisse » sont remplacés par les mots : « les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortants » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Chaque budget modificatif adopté par le conseil fait l'objet d'une communication au Parlement et au Gouvernement, qui comporte les mêmes éléments que le rapport défini au présent alinéa. » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Pour répondre à vos préoccupations, monsieur Watrin, je vous précise que nous avons déposé le présent amendement afin d'obtenir davantage d'éclaircissements sur les financements *via* la CNSA, dans la mesure où la concertation en la matière échappe au Parlement.

Cet amendement tend à donner plus de lisibilité sur les comptes de la CNSA. Nous souhaitons que la Caisse nous communique des informations sur ses activités, son budget prévisionnel, ainsi que ses décisions modificatives et son bilan. Nous en saurons ainsi davantage sur ses réserves, qui sont abondantes : elles s'élevaient à 745 millions d'euros en 2015, et sont estimées à 716 millions d'euros pour 2016.

Ces réserves seront examinées au sein du conseil d'administration de la caisse, qui se réunira le 22 novembre prochain, et se verra adresser une lettre de cadrage du Premier ministre. Cette lettre, dont nous avons copie, indique quelle sera la répartition des réserves de la CNSA.

Quant aux objectifs initiaux pour lesquels la caisse a été mise en place – le financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie, l'APA, et de la prestation de compensation du handicap, la PCH –, ils ne sont plus forcément d'actualité.

C'est la raison pour laquelle cet amendement tend à ce que le Parlement soit saisi, en temps réel, des modifications de financement qui interviennent au sein du budget de la CNSA.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Parlement est déjà informé du budget initial et du budget exécuté de la CNSA, au travers de deux documents : le rapport d'activité de la CNSA et l'annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, je me permets de vous rappeler que la présence de parlementaires au sein du conseil d'administration de la CNSA doit garantir une information en temps réel tout au long de l'année.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 101.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Mes chers collègues, je vous informe que la séance sera suspendue à douze heures quarante-cinq.

L'amendement n° 103 rectifié, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le III de l'article L. 14-10-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas où le bilan de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait état de fonds propres positifs, ces derniers ne peuvent être consacrés à un autre usage que celui défini aux sections mentionnées au II du présent article et au présent III. » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Dans le même esprit que le précédent, cet amendement vise à réserver à l'avenir l'usage des fonds propres de la CNSA au financement de ses actions originelles, c'est-à-dire le financement de l'APA et de la PCH. On sait que ces fonds de réserve seront utilisés pour financer des actions de proximité destinées aux personnes handicapées et âgées. D'ici à un ou deux ans, ces réserves, qui sont – je le rappelle – de l'ordre de 700 millions d'euros, seront épuisées, ce qui entraînera des difficultés.

Aujourd'hui, ces réserves permettent de financer les investissements des équipements médico-sociaux à hauteur de 300 millions d'euros, lesquels bénéficient aussi de fonds supplémentaires engagés par le Président de la République. Elles financent aussi, depuis l'an dernier, un fonds de soutien aux départements en difficulté ; cette année, celui-ci bénéficiera, à ce titre, de 50 millions d'euros sur la base de critères d'insertion. L'insertion n'est pas de la responsabilité de la CNSA. L'amélioration des logements et l'adaptabilité des logements pour les personnes âgées ou handicapées sont également financées à hauteur de 20 millions d'euros.

On le voit bien, les réserves sont le tiroir-caisse pour financer un certain nombre d'actions ! Parallèlement, les départements, qui sont responsables de l'APA et de la PCH, ne bénéficient pas de compensations correspondantes, ce qui les place dans des situations budgétaires difficiles.

C'est la raison pour laquelle il appartient au Parlement d'être vigilant sur l'affectation des réserves de la CNSA. Cet amendement vise à assurer cette vigilance.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le rapporteur, je comprends votre préoccupation de vigilance et j'entends le débat sur la compensation. Toutefois, je vous fais observer que, depuis 2012, le taux de compensation des dépenses d'APA a de nouveau augmenté, alors qu'il n'avait cessé de diminuer entre 2007 et 2012.

Je partage votre objectif de transparence et votre volonté que les ressources de la CNSA servent strictement à financer ses missions, à savoir la perte d'autonomie. Mais tel est bien le cas. L'usage des réserves de la CNSA est conforme aux missions légales de cette caisse.

En revanche, l'adoption de votre amendement, qui tend à restreindre l'affectation des fonds propres à la compensation aux conseils départementaux du financement de l'APA et de la PCH, remettrait en cause les actions indispensables au renforcement de l'offre d'accompagnement des personnes âgées et handicapées, actuellement financée grâce à ces ressources complémentaires.

Ces fonds servent intégralement au financement d'établissement et de services répondant aux besoins d'accompagnement. Les ressources qui proviennent des réserves financent des actions, des établissements, des dispositifs qui bénéficient directement aux personnes âgées ou handicapées. L'adoption de votre amendement aurait pour effet paradoxal d'aboutir à la suppression de ces actions.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Madame la ministre, vous devez comprendre notre vigilance. Je vous rappelle que ces réserves servent aussi actuellement à financer l'objectif global des dépenses, l'OGD. Cela vous permet d'afficher un taux d'ONDAM artificiel, puisqu'il est complété, dans le cadre de l'OGD, par une fraction de la CNSA, ce qui est incontestable, et par les réserves. On constate donc une absence de transparence du point de vue de l'OGD, notamment dans le domaine médico-social.

C'est la raison pour laquelle ces réserves – on ne parle bien que de cela ici – doivent être affectées directement à des actions précises en faveur des usagers, c'est-à-dire l'APA et la PCH, qui sont les deux prestations de compensation de la dépendance des personnes, qu'elles soient âgées ou handicapées.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 103 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 104, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 313-1, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Il s'agit tout simplement de corriger une erreur de référence.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 104.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 148 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Gueriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouneau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laménié et Lefèvre, Mme Loïsier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin et Rapin, Mme Procaccia, M. Mandelli, Mme Morhet-Richaud, MM. B. Fournier, Longeot, de Raincourt et Mayet, Mme Deromedi et MM. Pointereau et L. Hervé, est ainsi libellé :

Alinéas 2 et 3

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement porte effectivement sur la caducité des autorisations des établissements médico-sociaux.

Actuellement, cette caducité intervient lorsque les travaux n'ont pas commencé, mais le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que ce soit à partir du moment où les établissements sont construits et ouverts au public. Les délais prévus laissent à penser que cette mesure est tout à fait fonctionnelle et opérationnelle.

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

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 148 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 105 rectifié, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le premier alinéa de l'article L. 313-11, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La signature de ces contrats intervient à l'issue d'une phase de dialogue entre les futures parties, durant laquelle ces dernières s'entendent sur les objectifs et les moyens à inscrire, et qui ne peut durer plus d'un an à compter de la première sollicitation de l'autorité tarifaire. Cette durée peut être portée à deux ans dans le cas où les

parties signataires du contrat dépendent d'établissements situés dans plusieurs départements d'une même région. » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement vise le dialogue préliminaire à la conclusion des contrats plurianuels d'objectifs et de moyens, les CPOM, pour le secteur du handicap uniquement. Si nous n'avons pas intégré les personnes âgées, c'est simplement parce que la tarification est dorénavant officielle pour les établissements accueillant ces dernières, et applicable dès le 1^{er} janvier 2017 par le biais d'un CPOM, avec une régularisation des budgets de ces établissements sur sept ans.

Cette prévision nous conduit à constater que 85 % des établissements seront gagnants. Dans le cadre de cette nouvelle tarification bien définie – CPOM et état prévisionnel des recettes et des dépenses, donc des dépenses effectuées en fonction des recettes, et non l'inverse –, a été menée une phase de discussions, basée sur un rapport de confiance entre les autorités tarificatrices et les gestionnaires.

Pour les personnes handicapées, les circulaires n'ont pas encore été prises. Les travaux du groupe SERAFIN-PH – services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées – n'ont pas encore abouti. Même si l'on se dirige vers une tarification *via* des CPOM, il faut tout de même instaurer un dialogue de confiance.

Nous souhaitons clarifier cette situation et faire que ce dialogue puisse intervenir dans un délai limité : un an en ce qui concerne la discussion entre le gestionnaire et l'autorité de tarification, deux ans éventuellement si le gestionnaire – je pense à l'Île-de-France – a plusieurs établissements dans des départements différents de la même région.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends le souhait de M. le rapporteur de déterminer un calendrier qui assurera l'effectivité de la mise en œuvre des dispositions. Néanmoins, il ne me semble pas nécessaire pour autant d'instaurer par la loi, dans un délai aussi contraignant court – un an de négociation – des CPOM pour ces établissements.

Un encadrement, qui peut durer jusqu'à six années, est prévu ; il peut suivre un rythme différent selon les établissements. Je fais confiance aux acteurs concernés pour s'engager dans la démarche sans qu'il soit besoin d'ajouter une contrainte supplémentaire quant à la durée de la négociation individuelle des CPOM.

J'ajoute que, dans sa rédaction actuelle, votre amendement tend à imposer le délai d'un an à l'ensemble du secteur médico-social, y compris à des structures qui, aujourd'hui, ne sont pas concernées par l'obligation de conclure un CPOM.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 105 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 350, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 6 et 7

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Dans un souci d'équilibre entre les parties dans le cadre de la négociation des CPOM obligatoires, il est proposé ici de supprimer la possibilité pour les financeurs de réviser les propositions d'affectation des résultats lors de l'examen de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses.

En effet, cette disposition introduite par le Gouvernement avant l'entrée en vigueur de la réforme issue de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement met à mal la relation nouvelle qui doit s'installer entre les opérateurs et leurs financeurs. La négociation peut être sujette à débats, discussions, compromis, qu'il faut pouvoir régler dans le cadre d'une relation équilibrée entre les parties. C'est à cette condition que les gestionnaires accepteront et mettront en œuvre les évolutions nécessaires au secteur médico-social, dans un cadre responsabilisant.

Tel est l'objet de cet amendement.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer la possibilité pour l'autorité tarifaire d'affecter les résultats des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, dans la phase qui précède la signature d'un CPOM. Au contraire, il nous paraît tout à fait logique que le tarificateur puisse avoir des responsabilités en ce qui concerne cette affectation avant de signer le CPOM.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable, monsieur le président.

Mme Laurence Cohen. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 350 est retiré.

L'amendement n° 149 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouleau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laméni et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin, Rapin et Chasseing, Mme Morhet-Richaud, MM. B. Fournier, D. Laurent et Longeot, Mme Doineau, M. de Raincourt, Mme Procaccia, M. Mandelli, Mme Deromedi et MM. Pointereau, Gremillet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rétablir le a) dans la rédaction suivante :

a) À la dernière phrase du deuxième alinéa, après le mot : « montant », il est inséré le mot : « prévisionnel » ;

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Les recettes complémentaires des EHPAD, qui servent à financer des actions bien spécifiques, ne doivent pas rester prévisionnelles dès l'instant où l'on change la tarification.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable, monsieur le président.

Mme Catherine Deroche. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 149 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 351, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 11 et 12

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Notre amendement a pour objectif la généralisation des CPOM au champ du handicap et aux SSIAD, les services de soins infirmiers à domicile.

Les alinéas 11 et 12 de l'article 46 introduisent une mesure de modulation des dotations des CPOM obligatoires pour les activités du champ du handicap et les SSIAD, alors même que la réforme n'est pas entrée en vigueur.

Le débat parlementaire n'a pas porté sur la modulation des dotations, afin de faire du CPOM l'outil des restructurations indispensables au secteur médico-social. Dans cet objectif, partagé par les gestionnaires, la demande d'une pleine et entière liberté d'affectation des résultats avait été exprimée à l'unanimité des organisations représentatives du secteur. C'est à cette seule condition que des modulations du montant des financements pourraient être introduites.

Dans l'attente de l'introduction de cette mesure, ces alinéas doivent donc être supprimés.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Nous évoquons ici les personnes handicapées. La tarification est différente, et nous évoquons une modulation des dotations en fonction de l'activité.

L'amendement n° 106 rectifié de la commission, que nous examinerons ultérieurement, vous donnera en partie satisfaction, ma chère collègue. Cet amendement vise à reporter à une date ultérieure la modulation en fonction des activités, tant que la tarification n'a pas été clairement établie.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement, pour vous rallier au nôtre ; à défaut, l'avis de la commission sera défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous évoquerons la question au moment de la discussion de l'amendement n° 106 rectifié.

En attendant, comme la commission, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement, faute de quoi il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame David, l'amendement n° 351 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Je fais confiance à M. le rapporteur ; nous nous rallierons certainement tout à l'heure à l'amendement de la commission.

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 351 est retiré.

L'amendement n° 203 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot et Bataille, MM. Madec et Mohamed Soilihi, Mmes Perol-Dumont, Schillinger, Riocreux, Campion et Génisson, MM. Lalande, Botrel, Duran, Raoul, Tourenne, Masseret et Daudigny et Mmes Claireaux, E. Giraud et Yonnet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

- à la première phrase, la référence : « et 7° » est remplacée par les références : « 7° et 9° » ;

La parole est à Mme Évelyne Yonnet.

Mme Évelyne Yonnet. Je présente cet amendement au nom de Mme Gillot, qui ne peut être parmi nous ce matin.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a généralisé les CPOM pour les établissements sociaux et médico-sociaux définis à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. C'est un outil essentiel de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques, qui amène à un meilleur accompagnement des personnes et à une réponse mieux adaptée aux besoins et situations des personnes souffrant d'un handicap.

Cependant, la loi de financement de la sécurité sociale a exclu plusieurs types d'établissements du dispositif. C'est le cas notamment des centres d'action médico-sociale précoce, les CAMSP, ou encore de ceux qui assurent l'accueil et l'accompagnement des personnes confrontées à des difficultés dites « spécifiques », en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle.

Pourtant, cette offre médico-sociale est complémentaire d'autres types d'activités dans le champ du handicap. Dans une logique de parcours de soins et d'accompagnement médico-social, le Gouvernement a introduit à l'Assemblée nationale un amendement visant à intégrer les CAMSP à la liste des établissements pour lesquels une contractualisation est obligatoire.

C'est dans cette logique de modernisation du dialogue et de la gestion que l'amendement vise à intégrer les activités d'accompagnement des personnes en difficulté dites « spécifiques ».

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Il faut établir la tarification en ce qui concerne les établissements pour personnes handicapées avant d'intégrer d'autres types d'établissements. Il est donc préférable d'attendre.

Ma chère collègue, je vous demande donc de retirer l'amendement ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Madame la sénatrice, je partage votre objectif, qui devra d'ailleurs, à terme, être atteint. Toutefois, aujourd'hui, le secteur d'activité que vous évoquez – celui de l'addictologie, et la toxicomanie en particulier – ne s'est pas préparé à la signature de telles conventions. Il ne pourrait donc pas intégrer cette démarche.

Ceux qui sont volontaires peuvent d'ores et déjà le faire grâce au décret d'application de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, qui permet à un gestionnaire intervenant à la fois sur le champ d'activité soumis au CPOM obligatoire et sur le champ d'activité spécifique que

vous évoquez d'intégrer volontairement le périmètre du CPOM. Plus généralement, nous avons besoin de mener une concertation avec le secteur pour avancer.

Je demande donc également le retrait de l'amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

M. le président. Madame Yonnet, l'amendement n° 203 rectifié est-il maintenu ?

Mme Évelyne Yonnet. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 203 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 204 rectifié, présenté par Mmes D. Gillot et Bataille, MM. Madec et Mohamed Soilihi, Mmes Perol-Dumont, Schillinger, Riocreux, Campion et Génisson, MM. Lalande, Botrel, Duran, Raoul, Tourenne, Masseret et Daudigny et Mmes Claireaux, E. Giraud et Yonnet, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 18

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

- Après la deuxième phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs » ;

La parole est à Mme Évelyne Yonnet.

Mme Évelyne Yonnet. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a introduit la généralisation des CPOM pour les gestionnaires d'EHPAD et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, ou EHPA. Elle a prévu que ces CPOM conclus par ces gestionnaires avec leurs financeurs – ARS et départements – fixent les modalités d'affectation des résultats en lien avec les objectifs du CPOM.

Les CPOM accompagnent la restructuration du secteur voulue par le Gouvernement. Ils simplifient la gestion et responsabilisent aussi bien les financeurs que les gestionnaires, en les invitant à une gestion rigoureuse des ressources disponibles. Ainsi, les financements complémentaires, lorsqu'ils sont envisagés, seront fixés contractuellement.

La libre affectation des résultats permet en effet aux gestionnaires d'activités de contractualiser leurs excédents et, donc, de moduler leur offre médico-sociale, pour la rendre plus innovante. C'est un outil essentiel de transformation de l'offre et d'évolution des pratiques, qui conduit à un meilleur accompagnement des personnes et à une réponse mieux adaptée aux besoins et situations diverses des personnes handicapées.

La réforme de la tarification engagée par le gouvernement à travers le projet SERAFIN-PH et la « réponse accompagnée pour tous » formalisent des aspirations partagées par l'ensemble des acteurs pour un dialogue et une gestion renouvelée.

Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a généralisé les CPOM pour les établissements sociaux et médico-sociaux, elle ne leur a pas donné la liberté d'affecter leurs résultats en fonction de leurs objectifs. Un directeur d'EHPAD qui gère aussi des établissements relevant du handicap peut contracter le même type de CPOM pour

l'ensemble de ses activités. En revanche, un gestionnaire rattaché au seul secteur du handicap ne pourra prétendre au même CPOM, et donc à la libre affectation des résultats.

Deux structures identiques pourront alors être rattachées à deux types de CPOM différents et, de fait, être soumises à des règles budgétaires différentes. C'est le cas par exemple des SSIAD. On est bien en présence d'un système à deux vitesses, qui induit une différence de traitement entre établissements.

Cet amendement vise donc à corriger cette disparité, en harmonisant les règles de gestion budgétaire pour tous les gestionnaires, quelle que soit la nature de leurs activités, et en leur permettant la libre affectation de leurs résultats.

M. le président. L'amendement n° 107, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 20

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ce contrat fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs. » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur, pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 204 rectifié.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Notre amendement est très proche de l'amendement n° 204 rectifié. Il a pour objet que l'affectation des résultats puisse se faire dans le secteur des personnes handicapées, en toute logique, comme elle se fait dans celui des personnes âgées.

On cherche à faire des convergences tarifaires et, dans le même temps, on ne met pas en application des solutions pratiques ! Cette disposition permet de faire preuve de pragmatisme.

Par ailleurs, la commission demande le retrait de l'amendement n° 204 rectifié, au bénéfice de l'amendement n° 107 qu'elle a présenté.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'objectif est bien le même, mais il y a une différence entre le secteur des personnes âgées et celui des personnes handicapées. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a mis en place des mécanismes de financement nouveaux pour les établissements pour personnes âgées, avec un financement adapté à la prise en charge effective par ces derniers. Ce n'est pas encore le cas pour les établissements qui accueillent des personnes handicapées, où l'on est encore dans un système totalement administré.

Il est normal de prévoir un mécanisme de transition et d'évolution, avec des dispositions du même type que celles qui ont déjà été adoptées pour les personnes âgées.

Vous faites à juste titre une comparaison entre les deux secteurs, mais elle doit être poussée jusqu'au bout : des évolutions législatives et réglementaires sont intervenues pour le secteur des personnes âgées, ce qui n'est pas encore le cas pour les personnes handicapées.

Il serait extrêmement compliqué de passer du jour au lendemain d'un système totalement administré à un système tenant compte des charges effectives des établissements sans avoir de critères d'appréciation et de financement. Toutefois, je le redis, l'objectif est bien le même.

C'est la raison pour laquelle je demande le retrait de ces deux amendements.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. L'amendement vise les établissements qui ont déjà un CPOM, ce qui n'est pas le cas de tous, et donc une dotation globale en fonction des spécificités de la personne handicapée.

C'est la raison pour laquelle, dans ce cadre et seulement dans celui-là, on peut déjà envisager l'affectation des résultats. Cela ne me paraît pas aller dans le mauvais sens. Je maintiendrai donc cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour le handicap, ce sont les travaux du groupe SERAFIN-PH qui nous permettront de définir précisément les critères de financement. Il ne suffit pas d'avoir un CPOM pour avoir de tels critères.

Pour les personnes âgées par exemple, les critères de financement sont extrêmement précis, avec le taux PATHOS notamment. Nous n'avons pas l'équivalent pour les établissements accueillant des personnes handicapées. C'est à cela que doivent servir les travaux de la mission SERAFIN-PH. Si l'on prévoit un financement en fonction de la réalité de la prise en charge sans disposer de critères d'affectation des ressources, nous nous retrouverons le bec dans l'eau et nous serons bien ennuyés.

Ce n'est pas de la mauvaise volonté de ma part, ni même une opposition de principe. Simplement, il faut se donner le temps d'élaborer les critères du financement.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Madame la ministre, je suis prêt à me rallier à vos arguments, mais alors pourquoi avoir déjà instauré les critères de modulation en fonction de l'activité pour ces établissements, quand les travaux de la mission SERAFIN-PH ne sont pas achevés ?

D'un côté, on impose la modulation en fonction de l'activité ; de l'autre, on nous freine quand on essaye de trouver un système cohérent pour l'affectation des résultats ! Je peux retirer mon amendement si ses dispositions contreviennent à vos objectifs, qui sont également les nôtres. L'objectif était de faire avancer les choses, pas de les faire reculer. J'aimerais que vous m'apportiez des précisions sur la logique qui vous anime.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'introduction de la dotation modulée à l'activité a un objectif : éviter que le passage du financement au prix de journée au financement global n'aboutisse à une diminution du taux d'occupation des établissements.

Aujourd'hui, il n'y a pas suffisamment de places – nous le savons tous et nous battons pour que cela change –, compte tenu du nombre de demandes. D'un côté, on a un mode de financement qui peut sembler incitatif ; de l'autre, un mode de financement plus cohérent, mais qui ne suit pas au jour le jour le taux d'occupation des établissements. Il ne faudrait pas que cette évolution de l'un vers l'autre aboutisse, par réaction, à une moindre attention au taux d'occupation des établissements. C'est la raison pour laquelle nous voulons fixer en quelque sorte un seuil de déclenchement « d'alerte ». Tel est l'objectif que nous poursuivons.

Nous pouvons être d'accord : personne n'a intérêt à ce que des places restent non affectées, alors que des personnes en cherchent et, trop souvent, n'en trouvent pas. C'est la logique que nous poursuivons. Tout cela doit converger progressivement, dans des délais relativement rapides.

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

M. Gilbert Barbier. Nous débattons depuis ce matin des problèmes de santé au travers du budget de la sécurité sociale, mais nous avons appris par les médias que des événements graves étaient survenus au CHU de Nantes. À la fin de la semaine dernière, trois patients sont décédés à la suite de traitements de chimiothérapie.

Madame la ministre, pouvez-vous apporter des informations à la représentation nationale sur ce qui s'est passé et nous informer des mesures que vous avez prises ?

M. le président. Madame la ministre, M. Barbier a exprimé sa préoccupation sur un sujet important, sur lequel chacun souhaite vous entendre. Je vous propose de lui répondre à la reprise de notre séance, à quatorze heures trente.

Mme Marisol Touraine, ministre. Très volontiers, monsieur le président.

M. le président. Madame Yonnet, l'amendement n° 204 rectifié est-il maintenu ?

Mme Évelyne Yonnet. Au vu des arguments développés par Mme la ministre, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 204 rectifié est retiré.

Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 107 est-il maintenu ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 107 est retiré.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures quarante-cinq, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Jean-Pierre Caffet.)

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET vice-président

M. le président. La séance est reprise.

3

REMPLACEMENT D'UN SÉNATEUR DÉCÉDÉ

M. le président. Conformément à l'article 32 de l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 portant loi organique sur le Conseil constitutionnel, M. le ministre de l'intérieur m'a fait connaître que, en application de l'article L.O. 319 du code électoral, Mme Frédérique Gerbaud est appelée à remplacer, en qualité de sénateur de l'Indre, Louis Pinton, décédé le 17 novembre 2016.

Son mandat a débuté le vendredi 18 novembre 2016, à zéro heure.

4

DÉCISION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL SUR DEUX QUESTIONS PRIORITAIRES DE CONSTITUTIONNALITÉ

M. le président. Le Conseil constitutionnel a communiqué au Sénat, par courriers en date du 18 novembre, deux décisions relatives à des questions prioritaires de constitutionnalité portant sur :

- Les conditions d'exercice de l'activité d'élimination des déchets (n° 2016-595 QPC) ;

- L'absence de délai pour statuer sur l'appel interjeté contre une ordonnance de refus de restitution d'un bien saisi (n° 2016-596 QPC).

Acte est donné de ces communications.

5

DÉCÈS SUSPECTS AU CHU DE NANTES

M. le président. Pour faire suite à la demande d'information sur les décès suspects constatés ces derniers jours au CHU de Nantes, formulée par M. Gilbert Barbier avant la suspension de nos travaux, je donne la parole à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai été informée hier matin du décès de trois patients adultes traités pour lymphome en chimiothérapie au CHU de Nantes, décès intervenu après que les patients ont présenté de graves complications cardiaques.

Ces décès se sont succédé entre le 10 et le 13 novembre 2016. Un quatrième patient, traité dans le même service avec le même protocole, a également présenté ce type de complications, mais il est actuellement toujours hospitalisé et sous surveillance.

Ce protocole a également été appliqué à un cinquième patient, qui ne présente aucune complication particulière. Je tiens à le préciser, car certains organes de presse parlent d'un cinquième patient affecté. Ce sont bien quatre patients qui ont présenté des complications sérieuses, dont trois sont décédés.

Cette situation justifiait que je m'interroge sur les procédures mises en place.

Avant d'aller plus avant, je veux exprimer toute ma sympathie, toute ma compassion, toute ma solidarité aux familles des patients décédés, au patient actuellement hospitalisé et à ses proches. Je comprends que ces décès représentent également un choc pour les équipes soignantes.

À ce stade, l'origine de ces complications n'est pas établie.

Le caractère exceptionnel de cette situation est dû au fait que trois décès de patients soignés dans le cadre d'un même protocole sont intervenus à des périodes extrêmement rapprochées. Cela justifie que j'aie, dès hier, saisi l'Inspection générale des affaires sociales, pour qu'elle engage une enquête sur place, destinée à identifier les causes exactes de ces complications.

La mission de l'IGAS est d'ores et déjà sur place et a entamé le travail que je lui ai demandé de mener. De son côté, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a lancé une enquête sur les produits utilisés dans le cadre des chimiothérapies pratiquées.

J'ai demandé que les premières conclusions de ces enquêtes me soient remises d'ici à une semaine. Elles seront évidemment rendues publiques, en toute transparence, comme je l'ai fait chaque fois que des situations exceptionnelles ou graves se sont produites dans nos hôpitaux.

J'ajouterai un élément sur le traitement administré aux patients.

Les médecins du CHU de Nantes ont fait le choix d'utiliser le cyclophosphamide, au lieu du melphalan, pour la chimiothérapie des quatre patients concernés, alors que ce dernier est le médicament le plus couramment utilisé pour ce type de traitement. Or le melphalan rencontre des tensions d'approvisionnement dans toute l'Europe. Toutefois, rien ne permet de dire à ce stade que le médicament utilisé, le cyclophosphamide, est en cause – j'insiste sur ce point.

Le traitement qui a été administré à Nantes est validé par la communauté médicale et utilisé depuis de nombreuses années. Il est encore mis en œuvre aujourd'hui, en France, dans d'autres établissements. Dès que j'ai eu connaissance des faits qui se sont produits à Nantes, j'ai d'ailleurs demandé que l'on s'assure qu'il n'y avait pas de problème équivalent.

À l'heure à laquelle je vous parle, aucun problème équivalent n'a été rapporté. Les demandes d'information sont toujours en cours, et nous nous assurons de la situation. Il appartiendra donc aux enquêtes de déterminer les causes exactes de ces complications.

Je dirai un mot des quatre patients dont nous parlons. Ce sont des adultes – il est important de le noter – âgés de plus de soixante ans, traités dans un service tout à fait reconnu pour ses compétences dans le traitement du lymphome, et suivis depuis un certain temps.

Ce sont des événements préoccupants, sur lesquels je ne souhaite pas faire d'hypothèse. Des enquêtes sont en cours, il leur appartiendra d'identifier les causes des décès des trois patients et des troubles apparus chez le quatrième.

Le spectre des causes potentielles de ces événements graves est large. Il ne faut en écarter ni en privilégier aucune. Il s'agira d'établir ce qui, dans cette affaire, relève du médicament, du protocole et de son mode d'administration.

C'est pourquoi il est important de s'assurer, pour les établissements ayant recours à ce protocole – un protocole loin d'être inconnu, identifié par l'Institut national du cancer, l'INCA, et recommandé dans les cas où le recours au melphalan n'est pas possible –, qu'il n'y a pas d'événement du même type. Les informations dont je dispose pour l'instant laissent en tout cas supposer que tel n'est pas le cas.

Bien entendu, j'informerai régulièrement des avancées de l'enquête, dès lors que des éléments nouveaux seront portés à ma connaissance.

La situation est grave, car c'est dans le cadre d'un même protocole et à quelques jours d'intervalle que sont intervenus ces trois décès. L'heure est à l'expression de la solidarité et à l'engagement immédiat de toutes les enquêtes nécessaires pour comprendre et identifier les causes de ces événements.

M. le président. Je vous remercie de ces informations, madame la ministre.

Naturellement, le Sénat s'associe aux marques de sympathie, de compassion et de solidarité que vous avez manifestées vis-à-vis des familles des patients concernés.

6

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2017

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Nous poursuivons, au sein du chapitre II du titre IV de la quatrième partie, la discussion de l'article 46.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE IV (SUITE)

Dispositions relatives à la branche maladie

Chapitre II (suite)

PROMOUVOIR LES PARCOURS DE SANTÉ

Article 46 (suite)

M. le président. L'amendement n° 106 rectifié, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Compléter cet alinéa par les mots :

et uniquement pour les établissements ou services dont la dotation globale a été calculée en fonction d'une tarification fondée sur les besoins des personnes prises en charge

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. Cet amendement vise à reporter la modulation de la dotation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les ESMS, pour personnes handicapées, modulation faite en fonction des critères d'activité, à une date ultérieure à la réforme de la tarification.

Le dispositif de cet amendement s'inscrit donc dans la même logique que ceux que nous avons présentés avant la suspension de nos travaux.

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

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Nous voulons éviter une baisse du taux d'occupation des ESMS à l'occasion du passage d'un mode de tarification à un autre. Je le répète, nous entrons dans une phase de transition qui peut avoir des effets déstabilisants, en contri-

buant notamment à laisser inoccupées des places dans certains ESMS, alors que la demande pour les pourvoir est forte.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, il y sera défavorable.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Introduire la modulation de la dotation des établissements avant de leur imposer une tarification nouvelle apparaît à la commission comme une double peine. La modulation doit avoir lieu après la réforme tarifaire.

Je maintiens donc cet amendement, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 106 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 349, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 24

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a introduit, en son article 58, une réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou EHPAD. Pourtant, avec cet article 46, le Gouvernement revient sur son engagement pris alors de maintenir le niveau des financements complémentaires des EHPAD, dans l'attente de la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

La rédaction de l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement doit être maintenue à l'identique ; tel est le sens de cet amendement.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Nous maintenons notre position : les financements complémentaires des EHPAD doivent s'inscrire dans la logique de la nouvelle tarification.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 349.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 443, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au IV de l'article L. 314-7, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 443.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 352, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéa 30

Compléter cet alinéa par les mots :

qui ne doivent pas exercer ou avoir exercé dans les cinq années précédentes au sein des établissements dans lesquels ils sont amenés à exercer leurs missions

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Afin de pallier le manque de médecins valideurs dans les services des ARS et des départements, le Gouvernement propose qu'ils puissent être désignés par les directeurs généraux des ARS et le président du conseil départemental. Si cette proposition apparaît intéressante, le risque de conflit d'intérêts doit être écarté fermement.

C'est pourquoi nous proposons que les médecins ne doivent pas exercer ou avoir exercé dans les cinq années précédentes au sein des établissements dans lesquels ils sont amenés à exercer leurs missions.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Introduire une condition d'impartialité – objectif pourtant louable – dans la nomination des médecins me semble difficile à concevoir sous cette forme. Nous manquons déjà de médecins : ne compliquons pas les choses.

La commission demande donc le retrait de cet amendement, faute de quoi elle émettrait un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'objectif des auteurs de cet amendement est parfaitement louable. Il faut des garanties dans le recrutement des professionnels. Néanmoins, il vaut mieux créer des procédures au cas par cas, qui permettent de s'assurer qu'il n'y a pas d'obstacle majeur à leur nomination plutôt que fixer une condition générale, laquelle rendrait encore plus complexe leur recrutement.

Le Gouvernement émet donc également une demande de retrait. À défaut, il sera défavorable à cet amendement.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 352 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. La question du conflit d'intérêts ne doit pas être balayée d'un revers de main. La régler au cas par cas, pourquoi pas ? Mais il faut également faire montre d'une réelle volonté pour traiter ce problème. J'attends donc que vos propos, madame la ministre, ne restent pas lettre morte.

Toutefois, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 352 est retiré.

L'amendement n° 437, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 34

Remplacer le mot :

seconde

par le mot :

dernière

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement vise à corriger une erreur de référence.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

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

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 108, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 34

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 314-2 est complétée par les mots : « , dont l'entrée en vigueur, pour ses seules dispositions regardant la prise en compte dans le forfait global de soins de l'activité réalisée, est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivant celle de l'application généralisée de l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ».

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement vise à reporter la modulation de la dotation des EHPAD pour critères d'activité à une date ultérieure à la mise en œuvre de la réforme tarifaire.

Rappelons que 85 % de ces établissements bénéficieront de la réforme, même avec le délai de sept ans prévu pour la pleine atteinte de la dotation plafond. Cela signifie que 15 % des établissements seront perdants. Il ne semble donc pas judicieux d'introduire dès à présent cette modulation en fonction des critères d'activité. Attendons pour cela que la réforme soit appliquée à tous les établissements.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je partage votre préoccupation, monsieur le rapporteur.

Toutefois, l'arrêté en cours de rédaction sur ce sujet prévoit de faire face à la situation que vous décrivez. Il n'y a donc pas lieu de passer par la loi pour ce faire. Je demande à la commission de faire confiance au Gouvernement : son amendement est satisfait.

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 108 est-il maintenu ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. Entre le Gouvernement et le Sénat, il est possible de trouver des points de convergence, même lorsqu'il s'agit de la réforme tarifaire !

Je retire donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 108 est retiré.

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

L'amendement n° 147 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Grunty, MM. Guerriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouveau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laménie et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclat, Pellevat,

Perrin et Chasseing, Mmes Procaccia et Morhet-Richaud, M. B. Fournier, Mme Deseyne, M. D. Laurent, Mme Gatel, MM. Longeot et de Raincourt, Mme Deromedi et M. L. Hervé, est ainsi libellé :

Alinéa 36

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Cet amendement a pour objet de revenir aux engagements pris en matière de financements complémentaires des EHPAD.

Il est donc proposé ici de revenir à la rédaction de l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

M. le président. L'amendement n° 284 rectifié, présenté par M. Labazée et Mmes Riocreux et Claireaux, n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 147 rectifié *bis* ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. Avec le présent texte, l'abondement des financements complémentaires des EHPAD sera décentralisé à l'échelon des ARS.

Cela nous paraît une bonne formule : les ARS sont sur le terrain, elles sont à même de voir les problèmes qui apparaissent en matière de financements complémentaires. Cette dotation n'est donc plus enserrée entre un plafond et un plancher : l'ARS a la charge de la répartir de la façon la plus adéquate possible.

La commission est donc défavorable à cet amendement.

Mme Catherine Procaccia. Je le retire, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 147 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 46, modifié.

(L'article 46 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 46

M. le président. L'amendement n° 371 rectifié, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David, Demessine et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie est augmenté à compter du 1^{er} janvier 2017, par la création d'une contribution de solidarité des actionnaires d'un taux de 0,3 % sur l'ensemble des dividendes des entreprises et affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette contribution est utilisée intégralement pour abonder le concours que cette caisse verse aux départements, pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Le groupe CRC a toujours été opposé au principe même de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA.

C'est un prélèvement fondamentalement injuste, quirompt avec nos traditions de solidarité intergénérationnelle. En effet, cet impôt n'est acquitté que par les retraités imposables à partir de 1 200 ou 1 300 euros. Dans un contexte national de décrochage des pensions de retraite par rapport au pouvoir d'achat des actifs, cette ponction supplémentaire s'ajoute à la suppression de la demi-part des veuves et au gel des pensions depuis avril 2013. Cela fait beaucoup !

Plus encore, nous regrettons que le Gouvernement n'ait pas cherché des sources de financement plus justes et plus pérennes, notamment dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Par cet amendement, nous réclamons donc la création, en miroir de la CASA actuelle, d'une contribution de solidarité des actionnaires au même taux de 0,3 %. Cette contribution permettrait d'abonder les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, pour près de 600 millions d'euros. Cette somme permettrait d'assurer une revalorisation des tarifs de l'aide à domicile pour tendre vers 25 euros de l'heure.

Les conclusions de l'étude nationale des coûts diligentée par la Direction générale de la cohésion sociale évaluent en effet le coût moyen de service à 24,24 euros de l'heure, sur la base des données collectées entre 2011 et 2013. Ce serait également suivre les préconisations du rapport, au titre évocateur, « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence », que nous avons présenté avec Jean-Marie Vanlerenberghe.

Cette revalorisation nous semble la seule voie ambitieuse pour améliorer l'accès aux prises en charge pour les usagers et leur qualité, mais aussi les conditions de travail et de rémunération des salariés du secteur.

J'ajoute que cette revalorisation, c'est aussi du pouvoir d'achat, de l'emploi direct et non délocalisable, pour faire vivre nos territoires.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Oui, cher collègue, vous avez raison : il faudra trouver des financements pour la CNSA, compte tenu de l'épuisement de ses réserves, qui est annoncé pour bientôt. Mais non, nous ne répondrons pas à ce problème par une proposition du type de celle que vous faites par cet amendement.

Le financement de la CNSA mérite une réflexion globale et non pas spécifique.

La commission vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement. À défaut, elle y sera défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. La distribution de dividendes fait d'ores et déjà l'objet de différents types de taxation. Le dispositif prévu par votre amendement ne semble donc pas, pour le Gouvernement, un chemin à emprunter.

C'est un débat que nous avons entre nous de façon récurrente, monsieur le sénateur. Sans surprise, donc, le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 371 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. On ne peut pas se contenter d'attendre. Les mesures de replâtrage et les fonds de soutien ponctuels sont largement insuffisants.

La vraie solution est de rémunérer au juste prix les services d'aide à domicile. C'est indispensable pour un service de qualité, mais aussi pour que les personnels soient considérés à hauteur de leur mérite et travaillent dans de bonnes conditions.

Ces structures traversent une véritable situation de crise ; elles nous appellent au secours. Je le vois bien dans mes déplacements. Dans le département du Nord, par exemple, les associations ont écrit aux parlementaires pour les alerter.

Les personnels de ces structures sont dans une situation de réelle précarité. Leurs conditions de travail, leurs conditions de vie sont très difficiles. Le mal-être, la souffrance s'expriment à tous les niveaux, comme en témoigne le nombre important d'arrêts de travail. Les structures nous confient également connaître de réels problèmes de recrutement.

Il faut trouver des moyens de financement pour rémunérer tous ces services au juste prix. J'entendrais que l'on fasse d'autres propositions : l'élargissement de la CASA aux travailleurs indépendants, par exemple. Nous serions peut-être prêts à voter une telle disposition, si la contribution que nous souhaitons mettre en place par cet amendement était adoptée.

Les deux mesures cumulées auraient un rendement de 800 millions d'euros, ce qui permettrait de répondre franchement à une situation d'urgence, face à laquelle, je le répète, il n'est plus possible d'attendre.

Je maintiens donc mon amendement, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. J'insiste à mon tour sur le cri d'alarme lancé par ces associations.

Elles ont certes été aidées de manière ponctuelle grâce à une disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Il faut néanmoins imaginer une aide plus structurelle, qui ne pourra passer que par l'augmentation des tarifs des intervenants à domicile. Or les départements sont exsangues du fait de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA. C'est un problème.

J'avais déposé une proposition de loi, d'ailleurs adoptée par le Sénat, pour étendre la contribution de solidarité pour l'autonomie à tous les revenus. L'idée a été reprise pour les personnes âgées assujetties à la CSG, *via* la CASA. Cela n'a été le cas que pour les revenus salariaux, hélas. Les travailleurs indépendants, les professions libérales, par exemple, ne paient pas la contribution de solidarité.

Je pensais à l'époque qu'il s'agissait d'une solution très juste. Or, je le rappelle à Dominique Watrin, le groupe CRC avait alors voté contre.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 371 rectifié.

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

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

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

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

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

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 66 :

Nombre de votants	326
Nombre de suffrages exprimés	316
Pour l'adoption	20
Contre	296

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 267 rectifié *bis* est présenté par Mme Laborde, MM. Amiel, Barbier, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

L'amendement n° 312 rectifié est présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 312-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-7-2.* – Les appartements de coordination thérapeutique visés au 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en service d'intervention à domicile pour accompagner des personnes malades chroniques et en situation de précarité. Ces interventions visent notamment la prévention des expulsions locatives. Les modalités de ces interventions et de leur financement sont fixées par voie réglementaire.

« Les appartements de coordination thérapeutique peuvent fonctionner en dispositif. Le fonctionnement en dispositif consiste en une organisation des établissements d'appartements de coordination thérapeutique en services constitués d'équipe pluridisciplinaire d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité mentionnés au premier alinéa du présent article. Les interventions de ces équipes sont destinées à prévenir notamment le risque d'expulsion locative par des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins médico-psychosociaux des personnes qu'ils accompagnent. Dans le cadre du dispositif, ces services proposent aux bailleurs sociaux et aux locataires, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues par les équipes pluridisciplinaires des appartements de coordination thérapeutique.

« Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement et de financement en dispositif intégré.

« Le fonctionnement des services d'accompagnement à domicile pour les personnes malades chroniques en situation de précarité est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale et les établissements et services intéressés.

« Les établissements et services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année à l'agence régionale de santé et un bilan établi selon des modalités prévues par décret. »

II. – Le I est applicable à compter de la conclusion des conventions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles, et au plus tard le 31 décembre 2018.

III. – Un rapport portant sur les conséquences du fonctionnement en dispositif à domicile des appartements de coordination thérapeutique sur le parcours des personnes malades chroniques et en situation de précarité et sur les établissements et services concernés est remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 décembre 2018.

L'amendement n° 267 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 312 rectifié.

Mme Laurence Cohen. Les appartements de coordination thérapeutique, ou ACT, sont des dispositifs médico-sociaux composés d'équipes pluridisciplinaires – médecins, infirmiers et infirmières, travailleurs sociaux de niveaux II et III – permettant d'accompagner des personnes en situation de précarité, sans hébergement stable et atteintes d'une pathologie chronique.

L'intervention des équipes d'accompagnement des ACT, sous la forme de service, est actuellement contrainte par le cadre réglementaire de ces derniers. Ce cadre, ne permettant pas de déployer des interventions pluridisciplinaires en dehors de l'autorisation de l'ACT, donc de prévenir les expulsions locatives des personnes malades chroniques.

Au travers de cet amendement, nous vous proposons d'ouvrir l'offre d'ACT pour faciliter les accompagnements dans le domicile stable ou provisoire des personnes malades chroniques en situation de précarité, afin de favoriser les démarches volontaristes.

M. le président. Le sous-amendement n° 452 rectifié, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 312 rectifié

I. – Alinéas 4 et 5

Rédiger ainsi ces alinéas :

« *Art. L. 312-7-2.* – Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 et les appartements de coordination thérapeutique mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en dispositif intégré pour permettre un accompagnement adapté des personnes atteintes de maladie chronique en situation de précarité.

« Ce dispositif intégré obéit aux mêmes principes, pour les publics concernés, que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 312-7-1.

II. – Alinéa 6

Supprimer les mots :
et de financement

III. – Alinéas 7 à 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une convention entre l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale et les établissements et services intéressés. »

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur, pour présenter ce sous-amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 312 rectifié.

M. René-Paul Savary, rapporteur. L'amendement n° 312 rectifié vise à apporter des modifications au régime des appartements de coordination thérapeutique, afin de protéger leurs habitants contre le risque d'expulsion locative. Si son dispositif permet bien de répondre à cette préoccupation, nous en avons modifié la rédaction, de façon à la rendre acceptable par notre assemblée.

La commission émet donc un avis favorable sur l'amendement n° 312 rectifié, sous réserve bien sûr de l'adoption du sous-amendement n° 452 rectifié.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous sommes favorables à l'extension de la compétence des appartements de coordination thérapeutique, avec la création de ces structures à domicile. Nous y sommes même tellement favorables que nous avons engagé une expérimentation qui commencera en 2017 et qui concernera 50 places d'appartements de coordination thérapeutique à domicile.

Or, nous souhaitons pouvoir évaluer ce test « grandeur nature », avant de généraliser le dispositif et de l'inscrire dans la loi.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de ce sous-amendement et de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. *A priori*, nous sommes favorables à l'amendement de nos collègues du groupe CRC.

Mme la ministre vient d'évoquer la mise en place prochaine de 50 places, mais je n'ai pas compris s'il s'agissait d'un premier pas – on commence doucement à mettre en œuvre le dispositif, avant de le généraliser – ou d'une expérimentation à part entière, susceptible de faire naître un danger ou des problèmes qu'il faudrait évaluer.

Une expérimentation implique qu'il y ait un impact à mesurer. J'aimerais donc connaître ce qui pourrait empêcher la mise en œuvre d'une mesure, qui paraît, *a priori*, intéressante.

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

Mme Laurence Cohen. Dominique Watrin et moi-même partageons tout à fait la position de notre collègue Jean Desessard.

Nous sommes prêts à retirer à notre amendement, mais nous trouvons quelque peu curieux, compte tenu des arguments qui ont été développés, qu'il faille passer par une expérimentation.

Toutefois, peut-être ne disposons-nous pas de tous les éléments... Dès lors, avant de décider si nous maintenons l'amendement, nous serions reconnaissants à Mme la ministre de nous donner quelques informations supplémentaires. Le sujet mérite d'être approfondi !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis toujours étonnée de constater que l'expérimentation a un peu de mal à passer dans notre culture.

L'expérimentation n'est pas uniquement nécessaire pour des raisons financières : nous avons besoin de définir un cahier des charges précis, de réfléchir aux acteurs qui doivent s'impliquer, à la répartition des financements entre ceux-ci, de manière à les responsabiliser et, si nécessaire, d'adapter le dispositif.

À titre de comparaison, je veux vous citer l'exemple des parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, les PAERPA, que nous avons expérimenté voilà plusieurs années pour prévenir la dépendance des personnes âgées en situation fragile qui sortent de l'hôpital. Sur un tel projet, il n'y a pas d'enjeu d'objectif : *a priori*, on ne peut qu'y être favorable. Pourquoi, dès lors, ne pas l'avoir généralisé tout de suite ?

En fait, l'expérimentation nous a permis de nous apercevoir que des obstacles juridiques et de coordination devaient être levés et que des acteurs n'ayant pas l'habitude de travailler ensemble ne savaient pas toujours comment faire. Il a fallu faire évoluer les dispositifs et les cahiers des charges qui avaient été élaborés au départ.

Ce n'est pas du tout le même sujet, mais nous sommes exactement dans le même cas de figure : certes, l'objectif est de généraliser la mise en place des ACT à domicile, parce qu'il nous semble que cela répond à un besoin, mais nous voulons nous donner le temps et les moyens d'évaluer la bonne manière de le faire. Au fil des mois, nous verrons peut-être – ou pas – que des ajustements sont nécessaires. C'est ce travail d'évaluation que nous voulons pouvoir réaliser au cours de l'année qui vient.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 312 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 312 rectifié est retiré.

En conséquence, le sous-amendement n° 452 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 353, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Si vous le permettez, monsieur le président, je défendrai en même temps les amendements n^{os} 353 et 354, dont les dispositions relèvent de la même philosophie.

Ces amendements visent à supprimer le dispositif de sanction introduit à l'article 46 en cas de refus de signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, ou CPOM.

Nous sommes opposés au principe d'une sanction financière du gestionnaire pouvant porter sur 10 % de la dotation relative aux soins. En effet, selon la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs, la FEHAP, cette épée de Damoclès au-dessus de la tête des parties remet en cause la confiance réciproque dans les négociations de CPOM à venir. Elle met à mal la relation nouvelle qui doit s'installer entre les opérateurs et leurs financeurs.

La négociation peut parfois être sujette à débats, à discussions, à compromis, qu'il faut pouvoir régler dans le cadre d'une relation équilibrée entre les parties. La confiance réciproque est donc une condition indispensable de réussite des négociations.

De la même manière, notre amendement n^o 354 vise à instaurer la possibilité d'établir un diagnostic préalable partagé et d'organiser une véritable procédure de négociation contradictoire.

L'esprit de ces amendements est qu'il vaut mieux organiser le dispositif de discussion contractuelle au début du processus de déploiement des contrats, plutôt que de constater, ensuite, des difficultés, susceptibles de déboucher sur des contentieux.

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

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement a pour objet de supprimer une sanction financière à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD, qui refuseraient de signer un CPOM.

Or il est tout à fait logique d'infliger des sanctions à ceux qui refuseraient de se soumettre à cette obligation.

La commission émet donc un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 353.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

L'amendement n^o 144 rectifié *bis*, présenté par M. Mouiller, Mme Canayer, M. Milon, Mme Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouleau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laménie et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin, de Raincourt, Vogel, Chasseing, Rapin, Mandelli, B. Fournier et Longeot, Mme Gatel, MM. Mayet et P. Leroy, Mme Deromedi et MM. Gremillet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 313-12-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-...* – La signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens relevant de la présente section est précédée d'une procédure contradictoire ayant pour objet, après diagnostic partagé sur la situation de l'établissement ou du service et sur sa place dans l'offre de prise en charge territoriale, de fixer les obligations respectives des parties signataires et les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis.

« La procédure de négociation est déclenchée par l'autorité administrative compétente et ne peut excéder une durée d'un an.

« Lorsque ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens porte sur plusieurs établissements et services sociaux ou médico-sociaux prenant en charge une ou plusieurs catégories de bénéficiaires au sens de l'article L. 312-1 cette durée est portée à deux ans. »

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement, déposé sur l'initiative de notre collègue Philippe Mouiller, tend à instituer un diagnostic préalable partagé et à organiser une véritable procédure de négociation contradictoire dans le cadre des CPOM.

M. le président. L'amendement n^o 354, présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 46

Insérer l'article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-12-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-12-...* – La signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens relevant de la présente section est précédée d'une procédure contradictoire ayant pour objet, après diagnostic partagé sur la situation de l'établissement ou du service et sur sa place dans l'offre de prise en charge territoriale, de fixer les obligations respectives des parties signataires et les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. La procédure de négociation est déclenchée par l'autorité administrative compétente et ne peut excéder une durée d'un an. »

Cet amendement a été précédemment défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. René-Paul Savary, rapporteur. Nous sommes tous favorables au principe de discussions préalables dans le cadre de la tarification pour les établissements accueillant des personnes handicapées. Toutefois, nous avons déjà adopté un amendement en ce sens, l'amendement n^o 105 rectifié.

Dès lors, ces deux amendements n'ont plus d'intérêt. La commission en sollicite le retrait. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 144 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 144 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Watrin, l'amendement n° 354 est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je le mets aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 400 rectifié *ter*, présenté par MM. Canevet, Bonnacarrère, Luche, Cadic, Kern, Détraigne, Longeot, Marseille, Gabouty, Delahaye et L. Hervé, n'est pas soutenu.

Article 46 bis (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2017, un rapport définissant les conditions de mise en place d'un fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non choisis en Belgique. Ce rapport s'appuie sur une évaluation de l'efficacité du fonds d'amorçage mis en place en 2016.

M. le président. L'amendement n° 109, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer un rapport sur le fonds d'amorçage pluriannuel de prévention des départs non souhaités en Belgique et sur sa reconduction.

Il est inscrit dans le projet de loi que ce fonds, qui est doté de 15 millions d'euros, doit être reconduit. En fait, ce fonds conduit à un saupoudrage et finance des actions ponctuelles, sans répondre directement à la préoccupation des personnes en situation de handicap accueillies en Belgique, faute de pouvoir l'être en France dans des conditions correctes. En tout cas, nous ne sommes pas favorables à ce rapport.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'article 46 *bis* a été adopté sur initiative parlementaire.

J'ai accepté ce rapport à l'Assemblée nationale, car j'estimais qu'un rapport était l'occasion de montrer les actions mises en place pour prévenir les départs vers la Belgique. Nous agissons pour contrer ces départs. Nous avons mis en place un fonds de financement. Nous devons nous assurer que les mesures adaptées sont prises par les agences régionales de santé.

Or les familles qui rencontrent des difficultés dans leur recherche de place peuvent avoir le sentiment que les dispositifs que nous avons annoncés ne se mettent pas en œuvre au rythme souhaité ou de manière satisfaisante.

C'est dans ce contexte que les parlementaires ont souhaité que les éventuels obstacles, mais aussi les succès de mise en œuvre puissent être identifiés. C'est une manière de faire la transparence sur la politique publique qui est menée. Je trouverais donc regrettable que cet article soit supprimé.

Dès lors, je sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrais un avis défavorable.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Le bureau de la commission des affaires sociales a confié un rapport sur le sujet à nos collègues Claire-Lise Champion et Philippe Mouiller. Mme Champion ayant des ennuis de santé, ce rapport ne nous a pas encore été présenté, mais il le sera prochainement.

Il nous semble inutile que deux rapports soient produits sur le même sujet, et c'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement de suppression.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 109.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 46 *bis* est supprimé.

Article 47

① L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est ainsi modifié :

② 1° Le premier alinéa du I est ainsi modifié :

③ a) Le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « cinq » ;

④ b) Après le mot : « ans », la fin est ainsi rédigée : « dans l'ensemble des régions, dans la collectivité territoriale de Corse, dans l'ensemble des collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna. » ;

⑤ 2° Après le mot : « charge », la fin du deuxième alinéa du I est ainsi rédigée : « en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre des consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et en structures médico-sociales. » ;

⑥ 3° Le dernier alinéa du I est supprimé ;

⑦ 4° Au sixième alinéa du II, les références : « L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-10, L. 160-13 et L. 160-14 » ;

⑧ 5° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

⑨ « Les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les structures mentionnées aux articles L. 6323-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique, lorsqu'ils requièrent, pour la prise en charge des patients qu'ils accueillent, des consultations dans le cadre d'une activité de télémedecine, bénéficient d'un financement forfaitaire arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de critères d'efficience organisationnelle. Ce financement est imputé sur le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. » ;

⑩ 6° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

⑪ « II *bis*. – Les produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les

données nécessaires au suivi médical d'un patient ne peuvent pas être inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pendant la durée des expérimentations, dès lors que leur indication inclut le diagnostic, la prévention, le contrôle ou le traitement d'une pathologie prévue dans l'un des cahiers des charges mentionné au I du présent article.

- 12 « Ces dispositions ne s'appliquent pas aux produits ou prestations dont le fonctionnement et la finalité sont comparables à des produits ou prestations ayant pour objet de réaliser la transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et déjà inscrits sur la liste mentionnée au même article L. 165-1.
- 13 « Le présent article ne fait pas obstacle à la possibilité pour les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations relevant du premier alinéa du présent II *bis* de déposer avant la fin de l'expérimentation auprès des ministres compétents et de la Haute Autorité de santé une demande d'inscription de ces produits ou prestations sur la liste prévue audit article L. 165-1.
- 14 « Lorsque le dépôt de cette demande d'inscription intervient avant la fin de l'expérimentation, les produits ou prestations concernés continuent à bénéficier de la prise en charge financière qui était prévue au titre de l'expérimentation durant la période séparant, le cas échéant, la fin de cette expérimentation de la décision relative à l'inscription sur la liste. Cette prise en charge financière cesse de plein droit à compter de l'intervention de cette dernière décision, quels que soient son sens, sa forme ou ses motifs. » ;
- 15 7° Le IV est ainsi modifié :
- 16 a) À la première phrase, après le mot : « réalisée », sont insérés les mots : « ou validée » ;
- 17 b) À la seconde phrase, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2017 ».

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. L'article 47 porte sur la prorogation des expérimentations de télémédecine.

La généralisation des expérimentations de télémédecine à l'ensemble du territoire traduit une avancée mesurée, mais réelle des activités de télémédecine.

L'avancée la plus notable concerne la possibilité offerte à un résident d'EHPAD de téléconsulter son médecin traitant si sa situation l'exige. Les actes de téléconsultation ou de téléexpertise seront pris en charge pour les résidents atteints de plaies chroniques ou d'insuffisance cardiaque. C'est la possibilité offerte de bénéficier de l'expertise à distance de l'un des 130 groupements hospitaliers de territoire qui s'ouvre aux établissements médico-sociaux.

En revanche, on ne peut que regretter que la proposition ne prenne pas assez en considération le contexte territorial issu des groupements hospitaliers de territoire et n'incite pas au développement de cette pratique par une prise en charge appropriée des actes et des investissements. Les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé qui souhaitent mettre en place une activité de télémédecine devraient bénéficier du financement forfaitaire

du fonds d'intervention régional, le FIR. Ce serait la voie vers un réel développement de la télémédecine et le virage ambulatoire.

Cette pratique permet des interconnexions qui doivent dépasser les cloisonnements actuels. Pour y parvenir, il faudra, à l'avenir, être plus ambitieux et innovant, tout en n'omettant pas la dimension humaine de la médecine.

Enfin, on ne peut que redouter que le maintien du sixième alinéa de l'article 47 soit tout simplement contre-productif, dans la mesure où il freine la prise en charge des produits innovants et réduit, de fait, l'intérêt de lancer un protocole expérimental.

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

Mme Laurence Cohen. L'article 47 prévoit de prolonger et d'étendre l'expérimentation de la télémédecine votée dans le PLFSS pour 2014.

Cette expérimentation avait alors été engagée dans neuf régions : l'Alsace, la Basse-Normandie, la Bourgogne, le Centre, la Haute-Normandie, le Languedoc-Roussillon, la Martinique, les Pays de la Loire et la Picardie.

La télémédecine est définie par un acte médical à distance. On peut la diviser en cinq catégories : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance et la réponse médicale.

La télémédecine est souvent présentée comme une solution pouvant pallier les déserts médicaux. Telle n'est pas notre vision des choses, car rien ne peut remplacer les relations humaines, les liens qui unissent un praticien à son patient.

Toutefois, nous sommes favorables à la télémédecine s'il s'agit d'une prise en charge à distance qui permette éventuellement aux patients de demeurer chez eux, tout en bénéficiant de soins identiques ou similaires à ceux qu'ils recevraient en établissement.

La télémédecine est donc un service supplémentaire proposé aux patients et ne doit pas être un prétexte pour combler les manques de médecin, voire, pis, une solution pour réduire à nouveau les moyens, notamment dans les hôpitaux, en diminuant la durée de séjour. Mais la télémédecine pose aussi la question de la tarification de la prise en charge des actes à distance. La tarification à l'activité, la T2A, n'est pas la bonne réponse – vous savez, mes chers collègues, que nous sommes opposés à cette tarification.

L'expérimentation doit nous permettre de disposer de davantage d'éléments pour nourrir notre réflexion, d'autant que, parmi les régions concernées par celle-ci, figure l'île de la Martinique, ce qui peut être très intéressant.

M. le président. Je mets aux voix l'article 47.

(L'article 47 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 47

M. le président. L'amendement n° 259 rectifié, présenté par MM. Amiel, Barbier, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve, Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase de l'article L. 6314-2 du code de la santé publique, après le mot : « libéral », sont insérés les mots : « effecteur de la permanence des soins ».

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. L'article L. 6314-2 du code de la santé publique règle le problème de la couverture assurantielle du médecin qui exerce dans les centres de réception et de régulation. En revanche, il ne couvre pas le problème du médecin « effecteur de la permanence des soins », c'est-à-dire celui qui est désigné pour se rendre sur place et intervenir.

Cette situation a entraîné un certain nombre de problèmes. De fait, que le médecin libéral mandaté pour intervenir ne soit pas couvert par une assurance spéciale constitue une lacune.

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

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

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Barbier, les médecins régulateurs, qui décrochent le téléphone et orientent les urgences, et les médecins effecteurs de la permanence des soins se trouvent dans des situations professionnelles différentes et exercent dans des cadres juridiques différents.

Les médecins qui interviennent en urgence sur le terrain sont des médecins libéraux et, à ce titre, sont évidemment couverts par les contrats de responsabilité civile professionnelle qu'ils ont souscrits par ailleurs.

J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 259 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 356 rectifié, présenté par Mmes Hoarau, Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les pratiques de télémédecine développées dans les outre-mer.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous souhaitons que le Gouvernement remette au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur les pratiques de télémédecine développées dans les outre-mer. En effet, nous voulons attirer l'attention de Mme la ministre sur la situation médicale particulière de l'outre-mer, notamment de la Réunion.

Plusieurs membres de la commission des affaires sociales se sont rendus sur ce territoire. Nous avons été particulièrement intéressés par la possibilité d'y mener une expérimentation en matière de télémédecine – nous avons d'ailleurs formulé une recommandation en ce sens.

Bien sûr, on va nous dire qu'un rapport ne réglera pas les choses et qu'il y a déjà bien assez de rapports comme cela ! Cependant, compte tenu de l'épée de Damoclès que

constitue l'article 40 de la Constitution, il nous est assez difficile d'obtenir d'une autre manière des éléments de réflexion supplémentaires pour nourrir d'éventuelles propositions futures.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le sujet est crucial pour les outre-mer. En se rendant à la Réunion, la mission n'a pu qu'en prendre acte !

Toutefois, le développement de la télémédecine, outre-mer et ailleurs, me paraît préférable à la rédaction d'un nouveau rapport.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous partageons l'objectif de voir les pratiques de télémédecine se développer outre-mer, notamment à la Réunion. D'ailleurs, l'article de loi qui est en discussion s'applique à l'ensemble du territoire national, donc, par principe, aux outre-mer.

C'est en mettant en place des projets concrets à destination de la population ultramarine, en particulier réunionnaise, que nous verrons quels projets doivent être privilégiés. Au demeurant, il me paraît intéressant qu'il y ait des échanges et des mises au point sur ce qui se fait à la Réunion, comme partout ailleurs sur le territoire national.

Je ne suis donc pas certaine qu'un rapport soit utile, mais, si votre volonté est de marquer votre intérêt pour le développement de projets de télémédecine, à la Réunion comme ailleurs, vous pouvez être assurés de mon engagement et de ma détermination en ce sens.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de l'amendement. À défaut, il émettrait un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 356 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Madame la ministre, en présentant cet amendement, je voulais surtout attirer votre attention, car nous nous sommes aperçus, en nous rendant à la Réunion, qu'il existait une distorsion entre la situation dans l'Hexagone et celle qui prévaut dans ce territoire.

Votre préoccupation rencontre tout à fait la nôtre. Dès lors, nous vous remercions et nous retirons notre amendement.

M. le président. L'amendement n° 356 rectifié est retiré.

L'amendement n° 357, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin, Mmes Gonthier-Maurin, Cukierman et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 47

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement une évaluation annuelle sur la prévalence, la prévention, le dépistage et la prise en charge de la maladie coéliqua en France, et sur le niveau de connaissance des praticiens, et émet des recommandations de politique de santé publique en la matière.

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Nous avons déjà présenté cet amendement lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Il s'agit d'obtenir du Gouvernement une évaluation de la prévalence, la prévention et la prise en charge de la maladie coéliquaie en France et des recommandations pour définir une politique de santé publique en la matière.

La maladie coéliquaie, plus connue sous le nom d'« intolérance au gluten », est l'une des maladies digestives les plus fréquentes. Elle toucherait une personne sur cent en France comme en Europe et, selon le comité médical de l'Association française des intolérants au gluten, seuls 10 % à 20 % des cas seraient aujourd'hui diagnostiqués.

Il s'agit d'une maladie grave, à l'origine d'une mauvaise absorption des nutriments, en particulier du fer, du calcium et de l'acide folique, d'où l'apparition de carences qui peuvent être nombreuses et importantes.

Si les connaissances sur cette maladie ont progressé ces dix dernières années, avec des diagnostics de plus en plus nombreux, il n'existe malheureusement toujours aucun traitement médicamenteux capable de la guérir. L'unique solution, pour les malades, reste un régime alimentaire sans gluten, très strict et à vie.

Or l'absence de diagnostic précoce et de prise en charge nutritionnelle adéquate engendre de nombreuses pathologies, comme l'anémie et l'ostéoporose, dont la prévention permettrait d'éviter les coûts de santé afférents.

À cause du surcoût engendré par le régime sans gluten et des difficultés pour le suivre au quotidien, seuls 50 % des malades adultes suivent d'ailleurs correctement ce régime. D'où la nécessité, selon nous, de cette évaluation, qui vise à favoriser une meilleure prise en charge et un diagnostic précoce de la maladie.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ma réponse va devenir traditionnelle : plutôt que d'attendre un rapport, nous souhaiterions connaître aujourd'hui l'état d'avancement des travaux sur ce sujet. Je sollicite donc le retrait de l'amendement, tout en demandant à Mme la ministre si elle peut nous éclairer sur la question.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande aussi le retrait de cet amendement. Des études internationales ont été engagées, et les rapports dont nous disposons montrent que la prévalence de cette maladie varie selon les régions de 0,1 % à 1 % de la population. Par ailleurs, la présentation clinique de la maladie est très variable, puisqu'elle va de la forme asymptomatique à une malnutrition sévère, en passant par différents états intermédiaires possibles.

La Haute Autorité de santé a émis des recommandations dès 2007 sur le diagnostic, et les autorités sanitaires internationales préconisent de s'orienter vers une recherche diagnostique d'opportunité, dès lors qu'un tableau clinique compatible avec une maladie coéliquaie apparaît. Le bon état des connaissances sur cette maladie aujourd'hui ne me semble pas justifier un rapport supplémentaire. C'est la raison pour laquelle je demande le retrait de l'amendement.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 357 est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Monsieur le président, en considération des éléments de réponse que vient de nous donner Mme la ministre, et tout en espérant que la prise en charge de cette affection assez sévère fasse l'objet de progrès le plus rapidement possible, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 357 est retiré.

Article 47 bis (nouveau)

- ① Après l'article L. 165-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-3 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 165-1-3. – Dans le cadre de la mise en œuvre de certains traitements d'affections chroniques, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé, les prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique peuvent recueillir, avec l'accord du patient, les données issues d'un dispositif médical inscrit sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du présent code qu'ils ont mis à la disposition du patient et qui est nécessaire à son traitement. Pour l'application du présent article, le recueil des données s'entend des seules données résultant de l'utilisation par le patient du dispositif médical concerné.
- ③ « Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au prestataire et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prestataire peut conduire, en lien avec le prescripteur qui réévalue, le cas échéant, sa prescription, des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical inscrit ainsi que ses prestations de services et d'adaptation associées, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1.
- ④ « Le recueil et la transmission des données personnelles de santé relevant du présent article sont effectués dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ⑤ « Les tarifs de responsabilité ou les prix mentionnés, respectivement, aux articles L. 165-2 et L. 165-3 peuvent être modulés, sans préjudice des autres critères d'appréciation prévus aux mêmes articles L. 165-2 et L. 165-3, en fonction de certaines données collectées, notamment celles relatives aux modalités d'utilisation du dispositif médical mis à disposition. Cette modulation du tarif de responsabilité ou du prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 ne peut avoir d'incidence sur la qualité de la prise en charge du patient par les prestataires. Une moindre utilisation du dispositif médical ne peut en aucun cas conduire à une augmentation de la participation de l'assuré mentionnée au I de l'article L. 160-13 aux frais afférents à ce dispositif et à ses prestations associées.
- ⑥ « Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »

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

L'amendement n° 110 rectifié est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 199 rectifié est présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret

et Claireaux, MM. Vergoz et Caffet, Mmes Meunier et Champion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Dans le cadre de la procédure d'inscription d'un tel dispositif médical sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte les données collectées pouvant, le cas échéant, donner lieu à une modulation du tarif de responsabilité ou du prix, notamment au regard du bon usage des produits ou prestations concernés.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 110 rectifié.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. Cet amendement tend à préciser que les modalités d'utilisation des données transmises par les dispositifs médicaux seront soumises à un avis de la Haute Autorité de santé.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 199 rectifié.

M. Yves Daudigny. Comme il est généralement d'usage en matière d'inscription au remboursement des produits de santé, la Haute Autorité de santé éclaire les autorités en rendant un avis scientifique préalable.

En ce qui concerne l'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables, la LPP, cet avis incombe à la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé compétente en matière de dispositifs médicaux.

Dans le cadre d'un dispositif permettant un « télésuivi », il apparaît utile que cet avis porte notamment sur la façon dont certaines données collectées pourront être prises en compte et, le cas échéant, influencer sur la tarification des produits ou prestations au regard, en particulier, de leur bon usage.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 110 rectifié et 199 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 47 bis, modifié.

(L'article 47 bis est adopté.)

Article 48

① I. – L'article 70 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi modifié :

② 1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « sept » ;

③ 2° (*nouveau*) Au premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

④ II (*nouveau*). – L'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 est ainsi modifié :

⑤ 1° Au premier alinéa du I, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

⑥ 2° À la première phrase du premier alinéa du II, les références : « L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacées par les références : « L. 160-13 et L. 160-14 ».

M. le président. L'amendement n° 275 rectifié, présenté par MM. Barbier, Bertrand et Castelli, Mme Malherbe et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. L'article 48 vise à prolonger la durée de l'expérimentation relative au parcours de soins des personnes âgées, instituée par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Faute d'une réelle évaluation des bénéfices de cette expérimentation, il ne semble pas opportun de la prolonger. Aussi, je propose la suppression de cet article.

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

M. René-Paul Savary, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social*. Je demande à M. Barbier de se rallier à l'amendement suivant, que nous avons déposé. Nous pensons qu'il faut redonner un peu de souffle à cette expérimentation en l'étendant. Je sollicite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi j'y serai défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Je suis favorable à la prolongation de l'expérimentation, et donc défavorable à la suppression de cet article.

Cette expérimentation a eu du mal à démarrer. Dans le débat d'hier, d'aucuns se sont demandé pourquoi il fallait évaluer avant de généraliser, mais nous avons ici la réponse : ces expérimentations emportent des transformations de prises en charge et de pratiques beaucoup plus importantes que ce que l'on peut imaginer. Dès lors qu'il s'agit de faire travailler ensemble des acteurs qui avaient l'habitude de travailler chacun de leur côté, on vient bouleverser la donne.

Nous souhaitons donc que l'expérimentation se poursuive, même si elle a été généralisée à tout le territoire et que, *de facto*, des projets ont été développés un peu partout.

Je vous donne quelques chiffres : nous disposons de près de 4 000 plans personnalisés de santé pour les personnes en risque de perte d'autonomie ; plus de 16 000 usagers et aidants et plus de 13 000 professionnels de ville se sont impliqués dans cette expérimentation ; 1 500 professionnels de santé, dont 500 libéraux, sont actuellement formés pour s'engager.

Une première étude d'impact qualitative, menée actuellement par les équipes de l'École des hautes études en santé publique, de Mines ParisTech et du CNRS, est attendue pour le premier trimestre de 2017.

Nous avons par ailleurs demandé une étude d'évaluation médico-économique à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'IRDES, qui viendra compléter l'ensemble, également au premier trimestre de 2017.

Vous le voyez, nous suivons une démarche rigoureuse et pragmatique.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

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

M. Gilbert Barbier. Je suis impatient de prendre connaissance des avancées importantes attendues pour le mois de janvier 2017. En attendant, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 275 rectifié est retiré.

L'amendement n° 111 rectifié, présenté par M. Savary, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le II de l'article L. 113-2 est ainsi modifié :

a) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« À titre expérimental, l'agence régionale de santé peut privilégier les centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils disposent des moyens nécessaires, pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3. La désignation de ces centres par l'agence régionale de santé se fait après concertation des présidents des conseils départementaux de la région et en cohérence avec le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique et avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5. » ;

b) Au début du deuxième alinéa, les mots : « Ces conventions » sont remplacés par les mots : « Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent II » ;

2° Après le 2° de l'article L. 233-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° La répartition entre gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 des crédits réservés par l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 ; ».

IV. – Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 6327-2 du code de la santé publique est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Les gestionnaires de centres mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles recourent à ces plates-formes territoriales d'appui pour la mise en œuvre de la méthode d'action mentionnée à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles. »

La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Nous proposons de poursuivre l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, ou PAERPA, et même de l'étendre.

L'explication de Mme la ministre me laisse à penser qu'elle sera favorable à cet amendement, qui vise à rationaliser et à coordonner le dispositif. Il nous semble, compte tenu des remontées de terrain, que ce dernier est encore compliqué.

La loi a permis aux présidents des conseils départementaux d'organiser les instances de coordination gérontologique dans le cadre des CLIC, les centres locaux d'information et de coordination. Puis sont intervenues les MAIA, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, qui forment un dispositif de coordination pour les situations complexes, donc une sorte de CLIC de niveau supérieur.

Dans le cadre de l'expérimentation, il nous apparaît rationnel de prévoir un rapprochement entre CLIC, MAIA et PAERPA sous l'égide du président du conseil départemental, dans l'esprit de la loi.

Madame la ministre, telle est la proposition que nous faisons pour rationaliser le dispositif comme vous le souhaitez, me semble-t-il.

Mme Marisol Touraine, ministre. Presque ! (*Sourires.*)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Mon souhait est que l'expérimentation se poursuive, mais votre amendement revient à confier au président du conseil départemental la gestion de l'ensemble.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Non !

Mme Marisol Touraine, ministre. Or c'est contraire à ce qui a été voté lors de la discussion de la loi de modernisation de notre système de santé, que vous devriez reprendre à votre compte. En effet, cette loi a mis en place, sans que le grand public en ait vraiment été informé, les communautés professionnelles de territoire. L'idée-force est que les structures de coordination doivent se mettre en place sur l'initiative des professionnels de santé.

Vous qui réclamez toujours plus de liberté d'initiative pour les professionnels de santé, vous aboutissez à l'inverse en voulant faire coiffer par les conseils départementaux des structures qui reçoivent des financements de l'État, d'autres qui concernent des professionnels libéraux, donc l'assurance maladie, et d'autres encore qui impliquent des établissements hospitaliers, c'est-à-dire l'État et les ARS.

Si les conseils départementaux sont évidemment parties prenantes avec les structures médico-sociales, on ne peut pas considérer qu'ils sont les seuls à pouvoir coiffer ces dispositifs qui s'inscrivent dans des politiques nationales de santé publique et d'organisation médico-sociale.

Je suis favorable à la poursuite de l'expérimentation et à la simplification, mais je suis plus que circonspecte sur la fermeture du dispositif et le fléchage des politiques de santé vers les conseils départementaux.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement, faute de quoi j'y serai défavorable.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Je ne suis pas du tout d'accord avec vos arguments, madame la ministre.

Il ne s'agit pas d'une fermeture, puisque nous préconisons l'organisation avec l'ensemble des professionnels, dans le cadre, bien sûr, des politiques de territoire. Je vous rappelle que c'est la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui a instauré la conférence des financeurs, laquelle consiste bien en une coordination des uns et des autres. Qu'y a-t-il dans cette conférence des financeurs ? Les CLIC, qui relèvent de la responsabilité des départements, lesquels reçoivent d'ailleurs des dotations à cet effet dans le cadre de la

décentralisation. Par exemple, mon département perçoit 200 000 euros quand il consacre 1 million d'euros à ces dépenses, ce qui me permet d'interpeller au passage le Gouvernement sur les compensations.

Je reviens à la conférence des financeurs, qui comprend aussi les MAIA, lesquelles sont sous la responsabilité des ARS. Toujours à titre d'exemple, madame la ministre, sachez que les gestionnaires de cas d'une MAIA gèrent 36 dossiers, quand ceux d'un CLIC gèrent de 170 à 200 dossiers. Pourtant, il s'agit des mêmes types de patients, c'est-à-dire des personnes âgées, avec des situations plus ou moins difficiles et complexes. À mes yeux, la MAIA est un CLIC de niveau 3, qui amène une coordination des soins et du suivi médico-social de la personne.

Il me semble tout à fait normal qu'une expérimentation puisse avoir lieu dans les territoires qui se proposent de jouer le jeu de cette coordination entre le sanitaire et le médico-social. Nous donnerions une chance aux territoires d'améliorer la gestion et de rationaliser l'organisation, donc de faire des économies.

C'est pourquoi je suis déterminé à maintenir et à faire adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. Je ne suis pas d'accord avec vous, monsieur Savary.

Il est intéressant de constater que l'expérimentation ne se calque pas sur les frontières départementales. Nous avons besoin d'une coordination des acteurs sur des territoires différents du département.

Les expérimentations les plus poussées ont été menées dans les Hauts-de-France, ainsi qu'en Bourgogne-Franche-Comté. Or elles réunissent des acteurs territoriaux tout à fait différents. Il peut même y avoir des conventions-cadres entre la région et les départements, comme dans les Hauts-de-France.

Si votre amendement consiste à donner une primauté au conseil départemental, il s'éloigne de l'esprit de l'expérimentation, telle que le Gouvernement l'a conçue. Selon moi, c'est cet esprit qui doit prévaloir, dans la mesure où le découpage retenu correspond mieux aux réalités que les frontières départementales.

M. le président. La parole est à M. René-Paul Savary, rapporteur.

M. René-Paul Savary, rapporteur. Ce n'est pas gênant, madame Bricq. Nous avons les groupements hospitaliers de territoire, qui s'occupent du sanitaire et du médico-social. Ensuite, il y a les territoires de démocratie sanitaire, qui sont en train d'être définis. Ceux-ci, j'en suis sûr, vont reprendre les contours des groupements hospitaliers de territoire dans la plupart des secteurs, sinon il n'y aura pas de cohérence.

Par définition, les parties prenantes s'efforcent de faire correspondre les frontières, qui ne seront pas départementales, je vous l'accorde bien volontiers. Néanmoins, une organisation au niveau des territoires, au plus près du terrain, n'empêche pas une coordination au niveau départemental, que nous appelons de nos vœux. Il ne s'agit en aucun cas d'une tutelle.

D'ailleurs, dans le cadre de l'expérimentation, on pourrait imaginer que, à un endroit, ce soit le PAERPA qui organise ; à un autre endroit, il peut s'agir du CLIC. Selon les terri-

toires, les solutions peuvent être différentes. Simplement, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a confié l'organisation des instances de coordination gérontologique aux départements. L'avantage, c'est que ces instances de coordination s'occupent de l'ensemble des publics, qu'il s'agisse de personnes à situation complexe ou de cas plus simples.

C'est la raison pour laquelle, je le répète, il me paraît plus cohérent que les départements pilotent sur le terrain dans le cadre de leur responsabilité politique vis-à-vis des personnes âgées.

C'est véritablement un amendement pragmatique, adapté aux réalités du terrain. Nous souhaitons juste que l'expérimentation soit menée dans les départements où c'est faisable. Il faut savoir que certains départements ont internalisé leur CLIC, c'est-à-dire que les instances de coordination font partie intégrante des services départementaux. D'autres ont confié cette mission à des associations ou à différents groupements pour que l'ensemble du territoire soit couvert. C'est le cas dans mon département.

Selon les endroits, on doit pouvoir choisir d'expérimenter une meilleure concertation, ce qui permettra peut-être d'apporter de meilleures réponses aux difficultés des personnes âgées.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 111 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 48, modifié.

(L'article 48 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 48

M. le président. L'amendement n° 359, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L.6111-3-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L.6111-3-... ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-3-... – I. – Plus aucun établissement public de santé ne peut être fermé ou se voir retirer son autorisation, sans l'avis favorable du conseil de surveillance de l'établissement et de la conférence de santé du territoire, jusqu'à ce qu'une offre de santé au moins équivalente, pratiquant le tiers payant et les tarifs opposables soit garantie à la population concernée. La commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement sont également consultés. Leur avis est joint à ceux prononcés par le conseil de surveillance de l'établissement et la conférence de santé du territoire et adressé au directeur de l'Agence régionale de santé qui en tire toutes conséquences utiles.

« II. – Le I n'est pas applicable aux établissements publics de santé qui présentent un risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels, de ses usagers ou des personnes présentes à d'autres titres dans l'établissement.

« III. – Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le directeur de l'Agence régionale de santé fait application du I, ainsi que les voies de recours devant l'autorité administrative. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Alors que nous débattons depuis plusieurs jours de la santé des Françaises et des Français, de notre système de santé, nous tenons à réaffirmer notre volonté, partagée sur toutes les travées de cette assemblée, de maintenir la qualité de l'offre de soins.

C'est pourquoi nous vous proposons cet amendement, qui reprend une de nos propositions de loi.

L'idée est simple : instaurer un moratoire sur les fermetures de services et d'établissements de santé ne présentant aucun risque grave et imminent pour la santé et la sécurité des personnels et des usagers.

Vous allez me dire que c'est impossible, les groupements hospitaliers de territoire ayant été mis en place. Pour notre part, nous pensons le contraire.

Le constat est simple, et pour le moins alarmant : depuis les années 1990, le nombre de lits d'hospitalisation et de services hospitaliers a été considérablement réduit, dans le simple but de réaliser des économies budgétaires.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : entre 1995 et 2005, près de 1 200 recompositions hospitalières ont eu lieu en France ; entre 1992 et 2003, on a supprimé 83 000 lits d'hospitalisation complète, ce qui représente 15 % des capacités installées ; 380 établissements, soit 11 % des établissements existants en 1992, ont été supprimés ou regroupés ; le nombre de maternités a, quant à lui, chuté, passant de 1 369 en 1975 à 554 en 2008, sans parler des 130 centres d'IVG fermés en dix ans.

Par ailleurs, il est intéressant de relever que le nombre de lits a baissé dans le secteur public de façon beaucoup plus importante que dans le secteur privé, en pourcentage comme en volume.

Nous estimons que les motivations de ces fermetures ne sont pas pertinentes, dans la mesure où les patients sont toujours plus éloignés de ce service public de proximité qu'est un hôpital ou une maternité.

Nous sommes très inquiets de ce qui va se passer avec les groupements hospitaliers de territoire. De grandes inquiétudes remontent également des régions, où se déroulent des manifestations de personnels de santé et d'usagers autour de nombreux centres hospitaliers.

Pour toutes ces raisons, qui sont aussi la cause de grandes souffrances au travail, nous demandons ce moratoire.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ce moratoire est proposé depuis plusieurs années.

Mme Laurence Cohen. Nous sommes constants ! (*Sourires.*)

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Depuis, les établissements privés et publics se sont engagés dans de grandes restructurations pour améliorer l'offre de soins sur le territoire. Je pense qu'il faut continuer dans ce sens, qui est celui du progrès, pour favoriser l'accès aux soins de qualité, voire d'excellence.

L'avis est défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'émetts aussi un avis défavorable. Nous avons ce débat depuis plusieurs années, et je n'ai cessé de montrer que mon engagement pour le service public hospitalier était total. Ma gratitude et ma reconnaissance pour celles et ceux qui le font vivre au quotidien sont absolues. J'ai une admiration sans bornes pour le travail qui y est mené, parfois dans des conditions difficiles. L'hôpital public est une force, un atout, une chance pour notre pays, mais cela ne veut pas dire que l'hôpital public de 2020 sera le même que celui de 1992, pour reprendre une date que vous avez évoquée.

Comment peut-on imaginer qu'une institution aussi majeure ne s'adapte pas, ne se transforme pas, alors que l'on découvre en permanence de nouvelles manières de soigner, de nouveaux protocoles de prise en charge ?

Nous avons parlé tout à l'heure des PAERPA. Nous mettons en place ces dispositifs pour que des personnes âgées soient moins hospitalisées. Nous organisons aussi la médecine et la chirurgie ambulatoires, des coopérations entre établissements pour que des parcours de soins s'imposent.

Vous voyez bien que la prise en charge à l'hôpital change, et elle changera encore demain comme elle a changé hier. Cela amène nécessairement des réorganisations, qui doivent être vues non pas comme des suppressions, des destructions ou un amenuisement de la place de l'hôpital public, mais comme une adaptation aux conditions nouvelles.

Oui, madame la sénatrice, les groupements hospitaliers de territoire sont une réponse, en ce qu'ils permettent de maintenir des structures hospitalières dans des territoires de proximité. Parler de cette réalité ne veut pas dire qu'il n'y a pas des réorganisations, parce que des besoins nouveaux apparaissent dans certains secteurs, alors que d'autres disciplines apparaissent moins utiles. Il s'agit d'éviter des redondances et d'améliorer les prises en charge.

Le moratoire ne répond pas aux conditions nécessaires de transformation de notre système de santé. Madame la sénatrice, vous avez vous-même pris la précaution de dire que les conditions de sécurité pouvaient justifier des fermetures ; vous voyez bien que les choses ne sont pas si simples.

Doit-on d'emblée décréter un moratoire et voir ensuite, parfois trop tard, si les conditions de sécurité sont réunies ? Malheureusement, je sais qu'il y a parfois des situations qui sont difficiles, fragiles, mais nous devons prendre des décisions douloureuses lorsque des enjeux de sécurité nous l'imposent. Les risques doivent être anticipés, et non pas constatés *a posteriori*.

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

Mme Laurence Cohen. Nous avons un désaccord fondamental avec vous, madame la ministre, et ce depuis des années. Malheureusement, nous ne vivons pas sur le terrain la situation que vous décrivez. Il suffit d'avoir à se rendre à un rendez-vous à l'hôpital pour constater l'aggravation des conditions de travail des personnels. C'est une constatation d'autant plus terrible à faire quand on est sur des territoires qui ont déjà été amputés d'un certain nombre de structures publiques.

Dire que l'on optimise l'organisation avec les groupements hospitaliers de territoire, alors que l'on réduit les moyens et que l'on pousse le personnel à en faire toujours plus avec moins de moyens financiers et moins de moyens humains, est une contrevérité. C'est mission impossible!

Si c'est être archaïque de vouloir que chaque patient ait le meilleur, dans une société plus juste et plus humaine, alors j'accepte le qualificatif. Mais le débat n'est pas entre les modernes et les archaïques: il s'agit de savoir si, oui ou non, on va débloquent des financements à la hauteur des enjeux.

Or, et j'en reviens au désaccord fondamental que j'ai exposé lors de la discussion générale, je considère que l'équilibre budgétaire que vous avez obtenu se fait au détriment des patients. Je vous choque sans doute, mais nous n'en démordons pas, et je peux vous dire que le groupe CRC n'est pas isolé dans ce combat. En effet, de nombreux personnels de santé, les syndicats, les associations représentant les patients partagent notre point de vue. Il n'y a qu'à voir les mobilisations des coordinations sur l'ensemble du territoire.

Je le répète, nous sommes en désaccord avec vous, et nous proposons ce moratoire pour attirer de nouveau votre attention. Madame la ministre, stoppez cette hémorragie, car nous sommes en train de détricoter un système de santé qui était particulièrement performant et qui ne se relèvera pas de toutes ces réformes.

C'est bien beau de rendre hommage aux personnels, tout le monde le fait! Cependant, ceux-ci ont besoin non pas de belles paroles, mais d'actes.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 359.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 360 rectifié, présenté par Mmes Hoarau, Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé:

Après l'article 48

Insérer un article ainsi rédigé:

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'opportunité d'intégrer, sur les territoires des collectivités d'outre-mer régies par l'article 73 de la Constitution, l'activité physique et sportive dans les prescriptions médicales pour les malades atteints d'obésité, de diabète ou de cancer.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous souhaitons que le Gouvernement fasse un rapport sur l'opportunité d'intégrer l'activité physique et sportive dans les prescriptions médicales pour les malades atteints d'obésité, de diabète ou de cancer, notamment dans les territoires d'outre-mer.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Notre commission s'est penchée à plusieurs reprises sur ce problème majeur que posent l'obésité et le surpoids, notamment dans les outre-mer, mais pas seulement. Nous ne devons stigmatiser personne en l'espèce. Ce phénomène peut effectivement contribuer au développement préoccupant des maladies chroniques.

Pour autant, je ne vous surprends pas en estimant qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un nouveau rapport. Il vaut mieux réclamer des actes, comme vous le disiez ... *(Sourires.)*

Mme Laurence Cohen. Je suis d'accord s'il y a de l'argent!

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

Mme Marisol Touraine, ministre. De l'argent, de l'argent, de l'argent, toujours de l'argent, madame Cohen! *(Nouveaux sourires.)*

Mais il y a beaucoup d'argent! Je me permets de vous rappeler que, rien que pour l'assurance maladie, nous parlons de 180 milliards d'euros, ce qui n'est pas rien. Quand je suis arrivée aux responsabilités, il n'y avait que 170 milliards d'euros. Il y a donc 10 milliards de plus, dans les hôpitaux notamment, où l'on est passé de 80 milliards à 90 milliards d'euros.

Mme Nicole Bricq. Sans inflation! *(Sourires.)*

Mme Marisol Touraine, ministre. Plaisanterie mise à part – même si à ce tarif-là, on sort du champ de la plaisanterie –, le sujet que vous abordez va faire l'objet prochainement de deux textes réglementaires, actuellement en cours de concertation, et pris pour l'application de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé: un décret simple, qui va préciser quels sont les professionnels qui pourront dispenser l'activité physique adaptée aux malades de longue durée; un arrêté qui apportera une aide à la prescription aux médecins en mettant en regard des limitations fonctionnelles des patients les compétences professionnelles nécessaires. Autrement dit: il précisera à quel type de professionnel adresser un patient en fonction des caractéristiques qu'il présente.

Ces textes devraient être publiés d'ici à la fin de l'année.

Au bénéfice de ces explications, je vous demande de bien vouloir retirer cet amendement.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 360 rectifié est-il maintenu?

Mme Laurence Cohen. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 360 rectifié est retiré.

7

SALUT À UNE DÉLÉGATION

M. le président. Madame la ministre, mes chers collègues, je salue la présence en tribune de militaires du 1^{er} régiment étranger de génie, basé à Laudun-l'Ardoise, dans le Gard, qui se trouve actuellement en mission à Paris, dans le cadre de l'opération Sentinelle.

Messieurs, soyez les bienvenus! *(Mesdames et messieurs les sénateurs se lèvent et applaudissent.)*

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2017

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein du chapitre II du titre IV de la quatrième partie, à l'article 48 *bis*.

QUATRIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2017

TITRE IV (SUITE)

Dispositions relatives à la branche maladie

Chapitre II (suite)

PROMOUVOIR LES PARCOURS DE SANTÉ

Article 48 *bis* (nouveau)

- ① I. – À partir du 1^{er} janvier 2017, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique des parcours de soins et de la prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques dans le cadre de projets pilotes.
- ② II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation. La définition du parcours de soins prend notamment appui sur un référentiel établi par la Haute Autorité de santé.
- ③ Le contenu de chaque projet est défini par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ④ Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des acteurs retenus pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées.
- ⑤ III. – Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

M. le président. L'amendement n° 112, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer les mots :

À partir du 1^{er} janvier 2017, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental

par les mots :

L'État peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans

II. – Alinéa 5

Rédiger ainsi cet alinéa :

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

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel. Nous sommes d'accord avec l'esprit de cet article.

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

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 112.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 48 *bis*, modifié.

(L'article 48 *bis* est adopté.)

Chapitre III

GARANTIR LA PERTINENCE DES PRISES EN CHARGE

Article additionnel avant l'article 49

M. le président. L'amendement n° 361, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le suivi médical d'une affection longue durée ne donne pas lieu à un paiement à l'acte à chaque consultation du médecin, mais à un paiement forfaitaire dont le montant est déterminé par convention, dans le cadre du a du 12° de l'article L. 162-5. »

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Avec cet amendement, nous souhaitons intervenir sur le sujet des patients en affection longue durée, ou ALD, pour souligner la difficulté de la prise en charge lorsque l'affection nécessite des actes nombreux et complexes.

Aussi, nous proposons que pour les quelque 11,5 millions de patients atteints d'une ALD, le paiement se fasse non pas à l'acte, mais au forfait. Les modalités de mise en œuvre de cette mesure pourraient être définies par conventionnement.

Selon une étude conjointe du Collectif inter-associatif sur la santé, le CISS, et de la revue *60 millions de consommateurs*, la base du remboursement de l'assurance maladie est loin d'être en adéquation avec les frais réellement engagés.

Ainsi, même prises en charge à 100 %, les ALD cachent des coûts qui restent souvent importants. En effet, le remboursement ne comprend ni les dépassements d'hono-

raires ni les soins annexes. Résultat : les patients en ALD dépensent en moyenne 752 euros par an de frais cachés, selon l'étude, soit beaucoup plus que les patients lambda.

Notre amendement a pour objet de remédier à cette situation.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit, par cet amendement, de remplacer le paiement à l'acte par un forfait dans les cas d'affections de longue durée. Autant dire que le changement proposé est lourd ! La réforme du mode de paiement doit être, à mon avis, évaluée et concertée.

C'est la raison pour laquelle j'émetts, au nom de la commission, un avis défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends bien l'objectif des auteurs de cet amendement. Peut-être sera-t-il atteint dans quelque temps, mais aujourd'hui, je le dis honnêtement, nous ne sommes pas en mesure de définir un financement forfaitisé destiné à l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent pour un même malade en ALD. Dans une telle hypothèse, ce dernier cesserait de payer séparément tel médecin, telle infirmière ou tel personnel paramédical et un paiement global interviendrait.

L'idée est très forte et, pour ma part, je la trouve plus que séduisante. Nous y travaillons, ce qui me permet de vous signaler les problèmes auxquels nous nous heurtons pour mettre en place un paiement forfaitisé au sein de l'hôpital. Dans cette structure, il y a un payeur unique, un établissement unique et des professionnels qui ne sont pas personnellement les bénéficiaires du paiement. Et pourtant, même là, nous voyons comme il est difficile de passer du paiement à l'acte au paiement forfaitaire. Cette difficulté, nous l'avons évoquée pour le financement des soins de suite et de réadaptation, les SSR, des soins critiques et des parcours d'oncologie.

Votre proposition concerne le secteur libéral, où les professionnels, qui sont payés personnellement, voient dans le paiement à l'acte un élément de leur reconnaissance. Et vous voulez d'emblée basculer vers un mécanisme forfaitaire !

Je comprends votre démarche et je suis convaincue que nous devons réfléchir à ces prises en charge forfaitisées. Le fait est que nous sommes aujourd'hui incapables de proposer quelque chose de pragmatique et de réalisable, indépendamment même du principe.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer cet amendement, tout en considérant que la réflexion doit continuer au sein des instances chargées de suivre le mode de financement de l'activité ou la prise en charge des patients.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 361 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Nous avons voulu lancer le débat parce que le problème existe. En effet, plusieurs médecins sont poursuivis pour avoir fait figurer certaines affections de leurs patients dans la partie ALD, ce que la sécurité sociale n'admet pas toujours. C'est quand même un casse-tête chinois, si je puis dire, pour les praticiens aussi ! Ceux-ci nous signalent d'ailleurs qu'il faut penser au patient dans son entité au lieu de le fractionner en différents organes.

Conscients que certaines choses mériteraient d'être modifiées, nous tentons de pousser la réflexion. Puisque cette piste vous paraît intéressante, madame la ministre, nous allons retirer notre amendement. Nous espérons que la réflexion qui sera engagée dégagera des propositions faites dans l'intérêt des patients, comme des praticiens.

Je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 361 est retiré.

Article 49

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Après le 1°, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :
- ④ « 1° *bis* D'établir les états financiers combinant les opérations mentionnées à l'article L. 241-2 ; »
- ⑤ b) Après le 7°, il est rétabli un 8° ainsi rédigé :
- ⑥ « 8° De gérer les fonds mentionnés aux articles L. 221-1-1, L. 221-1-2 et L. 221-1-3. Elle établit les comptes de ces fonds, lesquels sont combinés au sein du périmètre couvert par les états financiers mentionnés au 1° *bis* du présent article ; »
- ⑦ 2° Il est rétabli un article L. 221-1-1 ainsi rédigé :
- ⑧ « Art. L. 221-1-1. – I. – Il est créé un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.
- ⑨ « II. – Ce fonds enregistre en recettes :
- ⑩ « 1° Une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie incluse dans le champ des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fixée chaque année en fonction de cet objectif par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget et qui ne peut être inférieure au montant fixé l'année précédente majoré du taux d'évolution moyen des dépenses du fonds, nettes des recettes mentionnées aux 2° à 5° du présent II constatées au cours des cinq exercices précédents. Cette dotation est répartie entre les régimes selon les modalités définies à l'article L. 175-2 ;
- ⑪ « 2° La part des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L. 162-18 correspondant à l'usage de médicaments pris en charge au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- ⑫ « 3° Les remises mentionnées à l'article L. 162-16-5-1 du présent code ;
- ⑬ « 4° Les contributions et remises dues en application de la contribution relative au taux (Lh) mentionnée à l'article L. 138-10 ;
- ⑭ « 5° Les contributions dues en application de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C mentionnée à l'article L. 138-19-1.
- ⑮ « Pour les médicaments inscrits à la fois sur les listes mentionnées :
- ⑯ « a) Au premier alinéa de l'article L. 162-17 et
- ⑰ « b) À l'article L. 162-22-7 du présent code ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- ⑱ « La part des remises retenues pour l'application du 2° du présent II correspond au montant de ces remises calculé au prorata des dépenses de médicaments

remboursées par l'assurance maladie au titre de leur inscription sur l'une des listes mentionnées au *b*, par rapport à ces mêmes dépenses au titre de leur inscription sur les listes mentionnées aux *a* et *b*.

- 19 « III. – Le fonds enregistre en dépenses le montant des frais pharmaceutiques relatifs aux médicaments couverts par l'assurance maladie au titre :
- 20 « 1° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code ;
- 21 « 2° De leur inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ;
- 22 « 3° Du bénéfice d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du même code ;
- 23 « 4° De leur prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- 24 « 5° De leur prise en charge en application du quatrième alinéa de l'article L. 162-17-2-1 du présent code.
- 25 « IV. – Le solde du fonds est retracé dans les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le déficit du fonds ne peut être supérieur à 25 % du montant cumulé de la dotation reçue en application du III de l'article 49 de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2017 et du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs. L'excédent du fonds ne peut être supérieur à 25 % de la valeur absolue du report à nouveau issu des résultats des exercices antérieurs.
- 26 « Le fonds ne peut présenter un résultat déficitaire s'il a été constaté au moins trois déficits au cours des cinq exercices précédents.
- 27 « Le montant de la dotation mentionnée au 1° du II du présent article est modifié, le cas échéant, pour assurer le respect des dispositions des deux premiers alinéas du présent IV.
- 28 « V. – Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce rapport dresse notamment un bilan des dotations allouées et établit une trajectoire budgétaire pluriannuelle permettant un équilibre des recettes et des dépenses du fonds à un horizon de cinq ans.
- 29 « Dans son avis rendu en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie tient compte de la situation financière du fonds. » ;
- 30 3° Au 1° de l'article L. 133-4, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « et L. 162-22-7-3 » ;
- 31 4° Après l'article L. 162-22-7-2, il est inséré un article L. 162-22-7-3 ainsi rédigé :
- 32 « Art. L. 162-22-7-3. – Les médicaments mentionnés aux articles L. 5121-12 du code de la santé publique et L. 162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6. » ;

- 33 5° À l'article L. 174-2-1, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, les références : « L. 162-22-7 et L. 162-23-6 » sont remplacées par les références : « L. 162-22-7, L. 162-23-6 et L. 162-22-7-3 » ;
- 34 6° Au premier alinéa de l'article L. 174-15, après la référence : « L. 162-22-7 », est insérée la référence : « L. 162-22-7-3, » ;
- 35 7° L'article L. 241-2 est ainsi modifié :
- 36 a) Au début du neuvième alinéa, la mention : « IV. – » est supprimée et, à la fin du même alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « III » ;
- 37 b) Le dixième alinéa est ainsi modifié :
- 38 – au début, est ajoutée la mention : « IV. – » ;
- 39 – après le mot : « constituées », la fin est ainsi rédigée : « des impositions et remboursements suivants attribués à la branche Maladie, maternité, invalidité et décès du régime général : » ;
- 40 c) (*nouveau*) Le 8° est complété par les mots : « dans les conditions fixées par le décret mentionné au 4° du IV de l'article L. 136-8 ».
- 41 II. – À la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, la référence : « à l'article L. 162-22-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 ».
- 42 III. – En 2017, afin de constituer une dotation initiale au bénéfice du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique institué par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est identifié au sein des fonds propres de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une somme de 876 millions d'euros.
- 43 Pour les exercices 2018 à 2021, par dérogation au 1° du II du même article L. 221-1-1, la dotation de l'assurance maladie au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique ne peut être inférieure à la dotation de l'exercice précédent, majorée de 5 %.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je voulais attirer à nouveau l'attention du Sénat sur cet article 49 et sur la création d'un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique.

Les modalités de financement de ce fonds, notamment pour la partie des remises recouvrées par les organismes désignés en application de l'article L.162-18 du code de la sécurité sociale, pourront – je dis bien : « pourront » – créer une charge supplémentaire à la charge du circuit du médicament, laquelle charge vient s'ajouter à celle qui est déjà contenue dans l'article 18.

Si les ponctions sur les remises évoquées semblent peser exclusivement sur l'industrie pharmaceutique, il est plus que probable qu'elles auront, à terme, des répercussions sur l'ensemble de la filière : grossistes, répartiteurs, distributeurs, officines.

Par ailleurs, la dotation initiale au bénéfice de ce fonds, à hauteur de 876 millions d'euros, identifiée au sein des fonds propres de la CNAM, apparaît importante sans que l'on sache réellement comment ce montant a été arrêté et comment il se justifie.

M. le président. L'amendement n° 280 rectifié, présenté par MM. Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall n'est pas soutenu.

L'amendement n° 113 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6

Supprimer la référence :

L. 221-1-1,

II. – Alinéas 7 à 41

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à supprimer le fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique qui, en dehors d'une dotation initiale prélevée sur le Fonds de solidarité vieillesse, le FSV, n'est alimenté par aucune ressource nouvelle. La création de ce fonds ne présente donc pas d'avantages déterminants par rapport à un abondement annuel de l'ONDAM à hauteur du surcoût prévisible lié aux molécules innovantes.

C'est la raison pour laquelle nous demandons de supprimer ces alinéas.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis est évidemment défavorable. Je serai concise, puisque ce débat a déjà eu lieu lorsque nous avons examiné l'article 18. J'avais souligné que la longueur des échanges que nous avons à ce moment-là nous permettrait sans doute d'aller plus vite lorsque nous aborderions les dispositions relatives à la création du fonds.

Je veux faire de l'innovation un axe majeur de notre politique de santé. Elle a été l'une de mes priorités depuis 2012 et elle l'est plus encore depuis 2014.

Cette priorité se traduit par des investissements importants, hospitaliers, thérapeutiques et en direction des entreprises innovantes.

Elle se traduit aussi par la capacité à payer l'innovation. Nous faisons donc le choix de la régulation, qui consiste à payer moins cher les médicaments non innovants, à développer les génériques et à s'assurer que les prix demandés pour les produits innovants sont justes, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas excessifs. Le caractère innovant des produits n'autorise pas qu'ils soient facturés à des prix qui, pour certains, ne connaissent pas de limite !

Le soutien à l'innovation consiste à s'assurer que cet investissement pourra se faire dans la durée. Si nous créons le fonds, c'est, en effet, parce que la situation varie selon les années : parfois, il y a beaucoup de dépenses d'innovations, parfois, il y en a moins. L'idée est donc de lisser les dépenses dans le temps. La création de ce fonds est saluée par les industriels qui trouvent pourtant que nous sommes un peu rudes avec eux en termes de maîtrise des prix. Le Gouvernement exprime et marque son engagement pour soutenir

l'innovation en matière de santé. Il lance ainsi un signal politique au sens fort du terme vis-à-vis de l'étranger, des patients et des professionnels, un signal qu'il me paraît important de maintenir.

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

M. Gilbert Barbier. J'ai écouté Mme la ministre avec beaucoup d'attention. Je ne vais pas revenir sur la discussion que nous avons eue à l'article 18, sinon pour dire que les produits innovants sont dispensés en milieu hospitalier.

Madame la ministre, ne venez pas dire que vous encouragez l'innovation, alors que vous avez instauré le système du taux Lh limité à 2 % qui va précisément brider l'innovation thérapeutique ! Cette mesure a été à juste titre rejetée par le Sénat.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote.

M. Gérard Roche. Nous nous sommes, bien sûr, félicités d'apprendre la création du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique. Nous ne pouvions qu'approuver cette décision, tant il est évident qu'il faut faire avancer les médicaments nouveaux, les médicaments de recherche...

J'ai su que ce fonds serait financé par la section 3 du FSV, qui disparaissait, et je n'y ai pas vu d'objection majeure, puisque ce fonds d'un peu plus de 800 millions d'euros était quelque peu dormant...

Toutefois, quand, au fil des auditions, j'ai entendu que la dette du FSV s'élèverait en 2020 à 11 milliards d'euros environ, ma réaction a été différente. Je préférerais évidemment que l'argent reste dans les caisses du FSV pour être affecté à la résorption de sa dette et que le Fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique soit financé par l'ONDAM médical, car c'est plus sa vocation.

Sur ce dossier, je m'abstiendrai.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je voudrais redire à Mme la ministre que nous partageons tout à fait sa volonté de favoriser l'innovation. D'ailleurs, personne ici ne s'y oppose.

Le problème est de savoir si la création de ce fonds est la bonne méthode. Et je n'en suis pas du tout certain ! Je pense que si l'on veut réguler effectivement le fonds, il faut utiliser l'ONDAM, c'est sa mission.

D'ailleurs, on ne peut pas dire que vous créez un fonds. Ce que vous faites, c'est une opération de tuyauterie. Vous créez un compte dédié. On lui consacre 220 millions d'euros pour cette année, mais il en faudra peut-être plus. Donc, c'est véritablement un fonds – ou plutôt un compte – de régulation, et rien d'autre ! Ma réaction serait différente si vous annonciez la levée d'un impôt spécifique pour favoriser l'innovation. D'ailleurs, les industriels m'ont dit qu'ils aimeraient plutôt alimenter l'innovation dans leurs entreprises et je leur ai répondu que, pour ce faire, le crédit d'impôt recherche était à leur disposition...

M. Jean Desessard. Vous avez bien fait, monsieur le rapporteur général !

Mme Nicole Bricq. Et ils l'utilisent !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Et ils l'utilisent, bien entendu, vous avez raison, madame Bricq!

J'en appelle au sérieux dans toute cette affaire! Nous ne nous opposons pas à l'innovation thérapeutique. Nous proposons simplement un autre circuit, d'autres méthodes et d'autres moyens.

Je ne crois pas que notre amendement – qui sera voté ici – va prospérer, mais je pense que nous sommes plus dans le vrai que vous, madame la ministre!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 113 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 49, modifié.

(L'article 49 est adopté.)

Article additionnel après l'article 49

M. le président. L'amendement n° 145 rectifié *ter*, présenté par M. Mouiller, Mme Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau et Kern, Mme Micouleau, MM. Morisset, Revet, Cardoux, César, de Legge et Lefèvre, Mme Loïsier et MM. Masclat, Pellevat, Perrin, de Raincourt, Vogel, Mandelli, B. Fournier, Longeot, Mayet et L. Hervé, est ainsi libellé :

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions de mise en œuvre d'un fonds de financement de l'innovation des établissements de santé.

Ce fonds permet une aide aux financements des projets innovants et efficaces des établissements de santé, visant à l'amélioration de la prise en charge des patients.

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement vise à demander la remise d'un rapport sur la mise en œuvre du fonds de financement de l'innovation des établissements de santé.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Comme vous le savez, madame Deroche, notre jurisprudence est toujours la même : nous ne souhaitons pas multiplier les rapports. L'avis est donc plutôt défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 145 rectifié *ter* est-il maintenu?

Mme Catherine Deroche. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 145 rectifié *ter* est retiré.

Article 50

- ① Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

- ② 1° L'article L. 5125-23-2 est ainsi rédigé :

- ③ « Art. L. 5125-23-2. – Dans les cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique ou un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, il porte sur la prescription la mention expresse "en initiation de traitement". »

- ④ « Lors de l'initiation du traitement avec un médicament administré par voie inhalée à l'aide d'un dispositif, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. »

- ⑤ « Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement avec un médicament biologique, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. »

- ⑥ « Dans le cas où il initie un traitement avec un médicament biologique, le prescripteur informe le patient de la spécificité des médicaments biologiques et, le cas échéant, de la possibilité de substitution. Le prescripteur met en œuvre la surveillance clinique nécessaire. » ;

- ⑦ 2° Le septième alinéa de l'article L. 5125-23-3 est supprimé.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, sur l'article.

M. Yves Daudigny. Je ne suis ni médecin ni pharmacien. J'essaie de faire mon travail de parlementaire le moins mal possible!

Je voudrais dire ici mes fortes incertitudes sur la rédaction de l'article 50, lequel prévoit la possibilité de substitution d'un médicament biosimilaire en cours de traitement – c'est exactement ce qui est écrit dans le texte!

Les médicaments biologiques sont appelés à se développer considérablement dans les années à venir. Ils concernent les maladies les plus graves. Dans le même temps, les biosimilaires vont représenter, au cours des prochaines années, un élément déterminant dans la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Or, nous le savons, le principe de substitution, qui est valable pour les médicaments chimiques et les médicaments génériques, ne peut s'appliquer aux médicaments biologiques ni aux biosimilaires.

Ma crainte est de voir se reproduire pour les biosimilaires ce que nous avons connu – et que nous continuons d'ailleurs de connaître – pour les génériques, c'est-à-dire une méfiance persistante des patients, voire des médecins eux-mêmes, comme le montre une étude récente.

Trois acteurs interviennent dans ce dispositif des biosimilaires : le pharmacien, le médecin – qui doit, pour moi, garder le rôle essentiel – et le patient, qui doit être en confiance et bénéficier de l'information la plus complète possible.

Mon incertitude porte sur les différences entre les termes utilisés dans la rédaction de l'article 50 et le texte de référence, c'est-à-dire la position de l'Agence nationale de sécurité du médicament dans un rapport rendu en mai 2016, dont je vous lis très rapidement un extrait : « Ainsi, si tout échange non contrôlé entre médicaments biologiques

doit être évité, une interchangeabilité peut tout à fait être envisagée à condition de respecter les conditions suivantes ». Or toutes celles qui sont énumérées ne figurent pas dans le texte retenu pour l'article 50.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. J'interviens après Yves Daudigny pour dire sensiblement la même chose : à l'exception des médicaments administrés par voie inhalée, exclus de l'évolution proposée, il s'agit de pouvoir changer, en cours de traitement, de médicaments sous la responsabilité du prescripteur.

Le recours facilité à la substitution des médicaments biologiques doit être, à notre avis, appréhendé avec prudence. En effet, l'essence même d'un médicament biologique le rend plus sensible à la variabilité de sa substance et rend sa reproduction à l'identique plus aléatoire.

Les raisons économiques ne suffisent donc pas à fonder l'interchangeabilité. Dans l'immédiat, il est préférable de prendre un recul nécessaire avant de mettre sur le marché de tels médicaments, afin d'en évaluer sereinement l'efficacité et l'innocuité.

L'obligation faite au prescripteur de spécifier de façon manuscrite la mention « non substituable » nous amène également à nous interroger. En effet, soit il s'agit d'un archaïsme dans une période où les médecins sont fortement encouragés à s'informatiser et à faire leurs prescriptions de manière électronique, auquel cas il convient de supprimer cette mention, soit il n'y a rien d'anodin dans cette obligation, mais bien davantage l'identification presque subliminale d'un risque avéré qui, de fait, ne reposerait que sur le prescripteur.

Je crains que ce ne soit plutôt cette seconde interprétation qui s'impose. Elle fait du prescripteur un responsable principal, voire unique, d'un risque non évalué à ce jour.

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

L'amendement n° 189 rectifié, présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret et Claireaux, MM. Vergoz et Caffet, Mmes Meunier et Champion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du b du 15° de l'article L. 5121-1, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les médicaments biologiques, ainsi que les groupes biologiques similaires, » ;

2° L'article L. 5125-23-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-2. – Dans le cas où le prescripteur prescrit un médicament biologique tel que défini au 14° de l'article L. 5121-1 du présent code, il interroge le patient sur son historique de prescription de médicament biologique et l'informe sur les spécificités des médicaments biologiques.

« Le prescripteur peut autoriser la possibilité de substitution par la mention expresse "substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite.

« Il s'assure de la traçabilité de sa prescription.

« En cas de modification d'une prescription initiale et remplacement d'un médicament biologique par un autre, le médecin informe le patient et, s'assure de son consentement conformément aux dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du présent code, et met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par le décret en Conseil d'État. » ;

3° Le 3° de l'article L. 5125-23-3 est ainsi rédigé :

« 3° Le prescripteur a autorisé la possibilité de cette substitution. »

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Dans le droit-fil de mon intervention précédente, je vais vous donner la lecture qui est la mienne de l'article 50, tout en reconnaissant qu'elle n'est peut-être pas exacte. Je pense que l'article 50 est essentiellement un article « pharmacien » qui se fonde sur l'utilisation du mot « substitution ». Or la décision en la matière incombe avant tout, selon moi, au médecin. Je le dis de façon un peu rapide et raccourcie, mais c'est le fond de ma pensée.

L'Agence nationale de sécurité du médicament définit clairement trois conditions. Premièrement, un patient traité par un médicament biologique doit être informé d'une possibilité d'interchangeabilité entre deux médicaments biologiques et donner son accord. Deuxièmement, il doit recevoir une surveillance clinique appropriée lors du traitement. Troisièmement, une traçabilité des produits concernés doit être assurée.

Je veux ici me faire l'écho non pas des laboratoires ou de puissances financières, mais de nombreuses associations de patients qui s'inquiètent de la rédaction de l'article 50 et qui demandent que les conditions précédemment énumérées figurent expressément dans le texte de loi.

Je précise que nous partageons tous ici, me semble-t-il, le même objectif. Nous souhaitons que les biosimilaires – je crois qu'il y en a actuellement vingt et un sur le marché français – puissent demain se développer. En effet, les médicaments biologiques sont appelés à se multiplier et les biosimilaires vont être un élément déterminant de la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale en ce domaine.

M. le président. Le sous-amendement n° 114 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 189 rectifié

Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

... L'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au II, avant le mot : « Lorsque », est insérée la référence : « a) » ;

2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« b) L'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel de prescription par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique remboursés sur l'enveloppe des soins de ville. Ce taux est arrêté sur la base de l'analyse de l'évolution nationale annuelle du nombre d'unités de conditionnement de ces médicaments rapporté au nombre d'unités de conditionnement des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et définis au 14° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé et des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 ».

3° Au 1° *bis* du III, après les mots : « mentionné au », sont insérés les mots : « a) du » ;

4° Après le 1° *bis* du III, il est inséré un 1° *ter* ainsi rédigé :

« 1° *ter* Un objectif de progression du volume de prescription des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 et définis au a du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, résultant des prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement, corrélé à son activité et à sa patientèle, en lien avec le taux prévisionnel mentionné au b) du II du présent article ; ».

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter le sous-amendement et pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 189 rectifié.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ce sous-amendement tend à prévoir, comme pour le médicament générique, un objectif de prescription en biosimilaire à l'hôpital.

La commission est favorable à l'amendement n° 189 rectifié, qui propose une nouvelle rédaction. Comme l'a parfaitement expliqué Yves Daudigny, il s'agit de confier la responsabilité de la substitution au prescripteur, c'est-à-dire au médecin. Aux termes de l'article, il a seulement la possibilité de s'y opposer.

Nous sommes tout à fait favorables à l'amendement n° 189 rectifié. Notre sous-amendement ne fait qu'ajouter la modalité concernant l'hôpital.

M. le président. L'amendement n° 363 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du b du 15° de l'article L. 5121-1, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « Les médicaments biologiques, ainsi que les groupes biologiques similaires, » ;

2° L'article L. 5125-23-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-2. – Dans le cas où le prescripteur prescrit un médicament biologique tel que défini au 14° de l'article L. 5121-1 du présent code, il interroge

le patient sur son historique de prescription de médicament biologique et l'informe sur les spécificités des médicaments biologiques.

« Le prescripteur peut autoriser la possibilité de substitution par la mention expresse "substituable" portée sur la prescription sous forme manuscrite.

« Il s'assure de la traçabilité de sa prescription et de celle du produit.

« En cas de modification d'une prescription initiale et remplacement d'un médicament biologique par un autre, le médecin informe le patient et, s'assure de son consentement conformément aux dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du présent code, et met en œuvre la surveillance clinique nécessaire.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par le décret en Conseil d'État. » ;

3° Le 3° de l'article L. 5125-23-3 est ainsi rédigé :

« 3° Le prescripteur a autorisé la possibilité de cette substitution. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Comme vous le savez, un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique de référence qui a déjà été autorisé en Europe. Le principe de biosimilarité s'applique à tout médicament biologique dont le brevet est tombé dans le domaine public.

L'ANSM a récemment fait évoluer sa position sur le sujet pour permettre l'interchangeabilité d'un médicament biologique par un biosimilaire, et ce, en cours de traitement.

Ce changement est évidemment très encadré, les produits biosimilaires étant homologués selon des conditions strictes afin de garantir la sécurité des patients. Ils sont évalués à l'Agence européenne des médicaments, et depuis 2006, quatorze médicaments biosimilaires ont été autorisés dans l'Union européenne.

L'intérêt de ces médicaments est qu'ils sont, selon les chiffres de l'ANSM, environ 20 % à 30 % moins chers que les médicaments biologiques de référence. Au-delà de cet aspect financier, ce qui compte pour nous, comme pour vous tous ici, c'est la sécurité des patients.

Si nous sommes favorables à cet article 50, qui met fin, dans le code de la santé publique, à l'interdiction de l'interchangeabilité, nous souhaitons néanmoins, par cet amendement, ajouter quelques précisions et des éléments qu'il nous semble important d'introduire dans la loi.

En l'occurrence, nous proposons que les préconisations de l'ANSM, sur l'accord du patient, la mise en place d'une surveillance clinique, et la traçabilité du produit, figurent également au sein de l'article L. 5125-23-2 du code de santé publique.

Sans ces précisions, nous aurions le sentiment que l'article est incomplet et qu'il manque finalement des garanties de sécurité sanitaire. Nous enrichissons donc cet article pour les rendre optimales.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. C'est une réécriture qui nous convient.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le sujet est complexe. Il provoque des inquiétudes que je n'ignore pas, mais il ne faut pas en susciter de fausses.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, le processus s'est mis progressivement en route – assez lentement d'ailleurs –, parce que les biosimilaires ne sont pas des génériques et qu'il y a eu des réserves, des inquiétudes.

Quelle est la situation du droit actuel? Aujourd'hui, le pharmacien peut substituer, au moment de l'initiation du traitement, par un biosimilaire, dès lors que le médecin prescripteur ne s'y oppose pas. C'est la règle de droit commun. Un médecin qui veut s'opposer à une substitution indique « non substituable » sur l'ordonnance. Aujourd'hui, des pharmaciens peuvent, à l'initiation du traitement – tel est le point important – substituer pour un biosimilaire.

La doctrine scientifique évolue rapidement. L'Agence nationale de sécurité du médicament a elle-même fait évoluer progressivement et régulièrement ses orientations. Au départ, lorsqu'elle avait été sollicitée, elle avait elle-même fixé ce cadre en acceptant la substitution à l'entrée du traitement et en refusant l'interchangeabilité lorsque le traitement a commencé. En résumé, la substitution intervient, avant le début du traitement, sur décision du pharmacien et l'interchangeabilité, qui est un concept plus flou sur le plan juridique, peut intervenir dans le cours du traitement.

Ce que dit maintenant l'Agence nationale de sécurité du médicament, c'est que l'interchangeabilité en cours de traitement pour aller vers un biosimilaire est possible sur la seule initiative du prescripteur.

Dans la rédaction proposée à l'article 50, le pharmacien peut continuer à substituer, comme c'est le cas aujourd'hui, au début du traitement et le médecin peut désormais, alors que le traitement a déjà commencé, passer d'un médicament à un autre, d'un médicament biologique à un biosimilaire, s'il l'estime approprié.

C'est le cadre général et c'est ce que propose l'article. J'insiste sur ce point, parce que certains reprochent à cet article de ne pas être clair. Ils ont le sentiment qu'il autorise le pharmacien à effectuer une substitution à n'importe quel moment du traitement. Ce n'est pas ce que propose l'article, qui prévoit la substitution par le pharmacien au début du traitement, l'interchangeabilité par le seul prescripteur à tout moment du traitement, si – et seulement si – le prescripteur le juge adapté.

Vient ensuite la question des conditions, qui sont pour ainsi dire de droit commun, mais que l'ANSM a rappelées : l'information du patient, le consentement du patient, la surveillance médicale et la traçabilité du traitement administré. L'Assemblée nationale a d'ailleurs enrichi le texte pour tenir compte d'une façon plus spécifique de l'information du patient et de la surveillance médicale de ce dernier.

Pour le reste, nous sommes dans le droit commun du code de la santé publique. Tout réécrire reviendrait à reprendre des éléments qui existent par ailleurs. C'est le propre de l'élaboration des textes de loi que de ne pas refaire tout un code au fil de chaque initiative.

C'est la raison pour laquelle je suis très réservée par rapport aux amendements de précision qui sont souvent redondants par rapport à des dispositions qui existent ailleurs dans le code. Pour moi, l'essentiel est vraiment que le cadre général ne fasse pas l'objet d'ambiguïtés. Après, que le patient soit

informé, c'est évident! Qu'il y ait une surveillance, que le patient donne son accord, qu'il y ait une traçabilité, c'est tout autant évident!

Il faut que chacun soit bien au clair sur le cadre dans lequel nous travaillons. N'évoquons pas devant les patients une inquiétude née d'un scénario imaginaire qui le verrait, alors qu'il suit un traitement depuis deux ans, arriver chez un pharmacien sur son lieu de vacances et entendre ce pharmacien lui dire qu'il va changer son médicament et lui donner un biosimilaire. Ce n'est pas possible et ce n'est pas prévu par le texte de loi! L'article 50 me paraît assez clair.

J'émetts donc, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur ces deux amendements et ce sous-amendement.

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 114 rectifié.

M. Gérard Roche. Ce n'est pas à proprement parler une explication de vote. Je profite de l'occasion pour poser une question à Mme la ministre. Je suis conscient que ce n'est pas très régulier, monsieur le président!

Pour ce qui est des biosimilaires, avec la mise sur le marché de produits qui seront moins chers et avec la dématérialisation, ne risque-t-on pas de favoriser l'utilisation de produits par des gens qui se disent en préparation sportive? Je pense au substitut de l'EPO en biosimilaire, l'époétine. La réponse est importante pour nous.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote.

Mme Catherine Génisson. J'ai écouté avec beaucoup d'attention l'argumentaire de Mme la ministre, argumentaire auquel, bien évidemment, nous avons envie de souscrire.

Néanmoins, relisons seulement l'alinéa 5 de cet article : « Lors de l'initiation ou du renouvellement du traitement d'un médicament biologique, le prescripteur peut exclure, pour des raisons particulières tenant au patient, la possibilité de substitution par la mention expresse "non substituable" portée sur la prescription sous forme exclusivement manuscrite. » Il semble bien à cette lecture que, dès lors qu'il n'existe pas de « raisons particulières tenant au patient », le pharmacien peut procéder à une substitution. Peut-être est-ce une mauvaise interprétation de cet alinéa ; toutefois, si la proposition concernant le prescripteur avait été positive – « le prescripteur peut permettre », aurait-on pu écrire –, nous serions sans doute plus sûrs de notre appréciation.

Dès lors, madame la ministre, quand bien même nous vous écoutons très attentivement, nous peinons à être complètement persuadés.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je ne suis pas certaine d'avoir complètement compris la question précise de M. Roche ; s'il veut bien la reformuler, j'essaierai d'y répondre.

Madame Génisson, l'objet de l'alinéa 5 est le suivant : si, en cours de traitement, le médecin propose l'interchangeabilité, le pharmacien ne doit pas avoir la possibilité de s'y opposer et d'imposer au malade une substitution au profit du traitement antérieur.

Certes, les situations en jeu sont quelque peu complexes, mais tel est le sens de cet alinéa. Le cas concerné est le suivant : un médecin propose à son patient, qui l'accepte, de changer de médicament. Il s'agit d'éviter que le patient,

passant à la pharmacie au sortir du cabinet médical, se voie répondre par le pharmacien : « On vous a changé votre médicament, mais je substitue pour revenir à votre médicament antérieur. »

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je ne suis sans doute pas suffisamment intelligent pour comprendre la différence entre « interchanger » et « substituer ». Peut-être y a-t-il des gens plus malins que nous, mais ces verbes ne signifient-ils pas tous deux « remplacer une chose par une autre » ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Juridiquement, ils sont différents. C'est ce que dit l'ANSM !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il existe peut-être une différence juridique, mais je doute que les pharmaciens et les médecins dont nous parlons soient très juristes !

En toute franchise, je crois que nous sommes là tous noyés. C'est pourquoi je me rallie à la proposition simple et claire exprimée par l'amendement de M. Daudigny et le sous-amendement de la commission : le médecin, quand il prescrit, indique « substituable » ou ne le fait pas. N'entrons pas dans des complications : cette rédaction donne la priorité au médecin, ce que nous souhaitons.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Si les médecins et les pharmaciens ne sont pas juristes, ils ne l'étaient pas davantage quand on a mis en place la substitution des médicaments génériques et qu'il a fallu s'habituer à de nouvelles formules.

L'ANSM est très claire : la substitution, c'est le choix du pharmacien ; l'interchangeabilité, celui du médecin. La substitution, c'est la possibilité offerte au pharmacien de remplacer le médicament que le médecin a prescrit par un autre. L'interchangeabilité, c'est la décision de remplacer un traitement par un autre : cette décision appartient au médecin. Ce n'est pas moi qui détermine ces définitions : ces termes sont ceux de l'ANSM, qui s'est prononcée sur la question, encore en mai dernier.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous êtes plus juristes que les médecins et les pharmaciens, mais l'ANSM est bien la structure de référence qui fixe les règles en ce domaine. Sans doute, avec les médicaments biosimilaires, rentrons-nous dans une ère nouvelle, ce qui suscite des inquiétudes, des incertitudes et des interrogations, comme il en a existé lors de l'introduction des médicaments génériques. On s'interroge sur les procédures, mais ces concepts sont élaborés et mis en place, non pas par les pouvoirs publics, mais bien par l'ANSM.

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

M. Alain Milon, président de la commission. Pour détendre un peu l'atmosphère, en tant qu'ancien médecin sans aucune notion de droit, je poserai la question suivante : si le médecin, sur son ordonnance, écrit « non interchangeable », que se passera-t-il ? (*Sourires.*)

M. le président. Moi qui ne suis ni médecin ni juriste, je ne saurais répondre... (*Nouveaux sourires.*)

La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Avant que toutes ces explications ne brouillent tout à fait les choses dans mon esprit, je comptais voter en faveur de l'amendement défendu par M. Daudigny. En effet, sa rédaction me paraît être la plus proche des recommandations de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques. On a tout de même confié à cet office, composé de députés et de sénateurs,...

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Et de juristes, sans doute !

Mme Catherine Procaccia. ... une mission de réflexion sur les médicaments biosimilaires.

C'est la raison pour laquelle je voterai l'amendement déposé par M. Daudigny et le groupe socialiste et républicain.

M. Jean Desessard. Il est interchangeable !

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

M. Gilbert Barbier. Tout comme Mme Génisson, je demande pourquoi, dans la rédaction actuelle de l'article 50, il existe deux alinéas, 4 et 5, presque identiques. Ne suffirait-il pas de faire figurer à l'alinéa 4, après « lors de l'initiation », les mots « ou du renouvellement », qui figurent à l'alinéa 5, pour qu'ils soient parfaitement identiques ? Quel est l'intérêt de cette affaire ?

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Barbier, les deux alinéas ne portent pas du tout sur les mêmes produits : l'alinéa 4 concerne les médicaments administrés par voie inhalée ; l'alinéa 5, les médicaments biologiques.

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

M. René-Paul Savary. Je voterai contre l'amendement défendu par M. Daudigny, car l'affaire est déjà compliquée.

Je voudrais avant tout souligner une vraie difficulté. Quand, lors d'un renouvellement, si l'on opère une substitution ou un changement de médicament, c'est souvent un produit d'un laboratoire différent qui est délivré et les patients se perdent. Il faudrait une continuité dans le médicament générique fourni. Or les pharmaciens délivrent le médicament générique qui est le plus rentable au moment où ils font leurs commandes. Par conséquent, d'une semaine à l'autre, ce n'est pas forcément le même : les patients sont perdus ! (*Mmes Nicole Bricq et Évelyne Yonnet marquent leur approbation.*)

Quant aux médicaments biosimilaires, si l'on écrit qu'ils sont par défaut substituables, la démarche ne viendra pas directement du médecin. La mention « non substituable » sera seulement en réponse à une demande du patient qui, n'ayant pas bien supporté un traitement, préfère éviter toute substitution ou interchangeabilité. Si, au contraire, le médecin doit porter la mention « substituable » sur l'ordonnance, ce sera bien, nécessairement, sa propre démarche.

Demain, la consommation de médicaments génériques et biosimilaires diminuera. Cela mérite réflexion : il nous faut prendre garde à ne pas engendrer encore plus de confusion par la délivrance de produits différents, d'une fois sur l'autre, pour une prescription identique.

M. le président. Ce débat aurait plus sa place en commission, franchement !

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

M. Yves Daudigny. Comme vous l'avez dit, madame la ministre, nous sommes à l'aube d'une ère nouvelle. Cette ère sera bénéfique pour les patients, mais nous devons, dans les années à venir, faire face à des enjeux financiers considérables, se comptant certainement en milliards d'euros.

Il importe donc que le dispositif que nous mettons en place réussisse, ce qui ne pourra advenir qu'avec la confiance des patients.

Mme Laurence Cohen. Tout à fait !

M. Yves Daudigny. Ma position – je peux me tromper, je ne prétends pas à la vérité absolue – est que l'acteur principal doit être le prescripteur, c'est-à-dire le médecin, beaucoup plus nettement encore que lors de l'introduction des médicaments génériques. On a bien vu comment celle-ci s'est passée !

Je veux essayer de me faire comprendre très simplement. Si l'on écrit : « le prescripteur peut exclure », cela implique que la non-exclusion est la situation normale, comme pour les médicaments génériques. On pourrait tout à fait envisager une autre rédaction : « le prescripteur peut autoriser la substitution » ; dans ce cas, on donnerait le rôle directeur au médecin, sur la prescription duquel le pharmacien agirait. Je prends cet exemple de rédaction, non pas pour en proposer une nouvelle, mais pour tenter de faire comprendre le sens de ma démarche.

Mme Laurence Cohen. Très bien !

M. Jean Desessard. Tout cela donne envie de faire des études de médecine ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 114 rectifié.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 189 rectifié, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 50 est ainsi rédigé, et l'amendement n° 363 rectifié n'a plus d'objet, de même que les amendements identiques n° 260 rectifié et 364.

Pour la bonne information du Sénat, je rappelle toutefois le libellé de l'amendement n° 260 rectifié, présenté par MM. Amiel, Barbier, Bertrand et Castelli, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, et de l'amendement n° 364, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen :

Alinéa 4

Supprimer les mots :

sous forme exclusivement manuscrite

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à seize heures quarante, est reprise à seize heures cinquante.*)

M. le président. La séance est reprise.

Articles additionnels après l'article 50

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

L'amendement n° 261 rectifié est présenté par MM. Amiel, Barbier, Bertrand et Castelli, Mmes Laborde et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

L'amendement n° 365 est présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les mots : « sous forme exclusivement manuscrite » sont supprimés.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 261 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Au vu de la discussion que nous avons eue sur l'article 50, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 261 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Laurence Cohen, pour présenter l'amendement n° 365.

Mme Laurence Cohen. Nous le retirons, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 365 est retiré.

L'amendement n° 262 rectifié, présenté par MM. Amiel, Barbier, Bertrand, Castelli et Guérini, Mme Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, est ainsi libellé :

Après l'article 50

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces commissions déterminent également les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. »

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement, dû à notre confrère Michel Amiel, vise à poser le problème du rôle des commissions de hiérarchisation des actes et des prestations, les CHAP. M. Amiel voudrait que ces commissions déterminent également les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés, le problème est assez complexe. Les CHAP sont des instances paritaires, auxquelles notre collègue voudrait donner un rôle plus important dans la réévaluation des actes médicaux.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à permettre à ces commissions de guider l'activité de tarification de l'UNCAM, l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie. Il est néanmoins préférable que l'UNCAM dispose de toute l'autonomie nécessaire en matière de tarification des actes. L'avis de la commission sur cet amendement est donc défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Barbier, l'amendement n° 262 rectifié est-il maintenu ?

M. Gilbert Barbier. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 262 rectifié est retiré.

Article 51

- ① I. – Le livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° A (*nouveau*) À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 138-11, la référence : « deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « second alinéa du I » ;
- ③ 1° L'article L. 162-16-5-1 est ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 162-16-5-1.* – I. – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code déclare au Comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. Le comité rend publiques ces déclarations.
- ⑤ « Le 15 février de chaque année, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies, au titre de l'année civile précédente.
- ⑥ « *I bis (nouveau).* – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe un coût maximal de traitement par patient et par an, dans la limite de 10 000 euros, applicable à chaque médicament bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations temporaires d'utilisation prévues à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou pris en charge en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. Ce coût maximal de traitement correspond à un plafond au titre de la mise à disposition d'un produit, au-delà duquel des remises sont dues par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation du médicament, pour les indications faisant l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation ou prises en charge en application du même article L. 162-16-5-2. La valeur de ce coût maximal de traitement est calculée, chaque année, et pour chaque patient, *pro rata temporis* de la durée de prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application dudit article L. 162-16-5-2 pour l'année considérée. La durée minimale retenue pour ce calcul est de quatre mois.
- ⑦ « Si, sur la base des données fournies au Comité économique des produits de santé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des données issues du système d'information prévu à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique, il apparaît que, au plus tard le 31 mars de l'année suivant celle au titre de laquelle le calcul est effectué et pour un médicament dont au moins une des indications est prise en charge au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation ou en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, le montant total pris en charge à ce titre excède celui qui résulterait de l'application du coût maximal de traitement mentionné au premier alinéa du présent *I bis* à la prise en charge de chaque patient, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de ce médicament, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du présent code désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de l'application de ce coût maximal de traitement à la prise en charge de chaque patient.
- ⑧ « Par dérogation aux deux premiers alinéas du présent *I bis*, les médicaments dont le chiffre d'affaires total, depuis leur première commercialisation au titre d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est inférieur à un montant de 30 millions d'euros ne sont pas soumis au versement des remises mentionnées au deuxième alinéa du présent *I bis*.
- ⑨ « II. – Lors d'une première inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché, si le prix net de référence d'une spécialité, mentionné à l'article L. 162-18, est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de la période s'étendant de l'obtention de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique à la première date d'inscription au remboursement, minoré des remises mentionnées au *I bis* du présent article au titre de cette même période, et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.
- ⑩ « Pour les médicaments pour lesquels la prise en charge s'effectue à la fois selon un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et en application de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, à chaque nouvelle inscription au remboursement au titre d'une nouvelle indication thérapeutique, si le prix net de référence nouvellement calculé est inférieur au précédent prix net de référence le Comité économique des produits de santé calcule, après que le laboratoire a été mis à même de présenter ses observations :
- ⑪ « 1° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au dernier prix net de référence pour la période s'étendant de la précédente fixation d'un prix ou tarif de remboursement jusqu'à la date de nouvelle inscription au remboursement, au titre de l'indication nouvellement inscrite et de celles faisant encore l'objet d'une prise en charge en application de l'article L. 162-16-5-2. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées au *I bis* du présent article au titre de cette même période ;
- ⑫ « 2° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation de ces mêmes unités vendues au nouveau prix net de référence.
- ⑬ « Le laboratoire reverse aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, la différence entre les montants mentionnés aux 1° et 2° du présent II.

- 14 « III. – Pour l'application du II du présent article, lorsque, pour une indication particulière, l'inscription est réalisée sur la seule liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique sans qu'intervienne, dans les deux mois suivants, une inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication, le Comité économique des produits de santé peut retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu, en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du présent code.
- 15 « Les dispositions du II du présent article sont également applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, il est mis fin à la prise en charge :
- 16 « 1° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, sans que soit mise en place la prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code ;
- 17 « 2° Soit au titre de l'autorisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code, sans que soit mis en place un remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché.
- 18 « Dans les deux cas, le premier alinéa du présent III s'applique pour la fixation du prix de référence ou sa modification éventuelle.
- 19 « III *bis* (nouveau). – Lorsqu'un médicament ayant fait l'objet d'un versement de remises au sens du I *bis* est inscrit au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché et fait l'objet d'un prix ou d'un tarif fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé, son laboratoire exploitant peut bénéficier, par convention avec le comité, d'une restitution de tout ou partie de la remise versée en application du I *bis*. Le montant de cette restitution ne peut excéder le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues, au cours des douze mois précédant l'inscription au remboursement, au prix ou tarif net de référence au titre de l'année suivant la fixation de ce prix ou tarif, minorée du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé après déduction des remises prévues aux I *bis*, II et III au titre de l'indication considérée.
- 20 « IV. – La prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est subordonnée, pour chaque indication considérée, au respect des conditions et engagements prévus au même article L. 5121-12. Il peut en outre être mis fin à cette prise en charge selon les mêmes conditions et modalités que celles mentionnées au III de l'article L. 162-16-5-2 du présent code. » ;
- 21 2° L'article L. 162-16-5-2 est ainsi modifié :
- 22 a) (nouveau) Au premier alinéa du I, le mot : « son » est remplacé par les mots : « sa première » ;
- 23 b) (nouveau) Au 2° du même I, les mots : « l'autorisation » sont remplacés, deux fois, par les mots : « sa première autorisation » ;
- 24 c) Le III est ainsi rédigé :
- 25 « III. – A. – Pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge mentionnée au I du présent article dure jusqu'à ce que l'un des événements suivants intervienne :
- 26 « 1° Une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code est prise et, lorsqu'un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;
- 27 « 2° L'indication considérée fait l'objet d'une évaluation défavorable au titre de l'autorisation de mise sur le marché ;
- 28 « 3° Aucune demande d'inscription sur une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou à l'article L. 162-17 du présent code n'est déposée pour l'indication considérée dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, ou le laboratoire retire sa demande d'inscription sur l'une de ces listes.
- 29 « B. – Pour chaque indication considérée, il peut également être mis fin, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à cette prise en charge si l'une des conditions suivantes est remplie :
- 30 « 1° Une alternative thérapeutique, identifiée par la Haute Autorité de santé, est prise en charge au titre de l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ou au premier alinéa de l'article L. 162-22-7 du présent code ;
- 31 « 2° et 3° (Supprimés)
- 32 « 4° Les conditions et engagements prévus au 1° du I et au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique n'ont pas été respectés.
- 33 « Dans le cas où une demande d'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du présent code est envisagée, celle-ci est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription de ce médicament, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.
- 34 « C. – Lorsque le laboratoire titulaire des droits d'exploitation de la spécialité n'a pas respecté les différentes conditions de délai relevant du présent III, le Comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière selon les modalités prévues à l'article L. 162-17-4 du présent code, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- 35 3° L'article L. 162-16-5-2 est complété par des IV et V ainsi rédigés :
- 36 « IV. – Les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités prévus au V de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, pour chaque indication considérée, jusqu'à la fin de la prise en charge au titre de l'autorisation mentionnée au même article L. 5121-12 ou au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code.

- 37 « V – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. » ;
- 38 4° Après le même article L. 162-16-5-2, il est inséré un article L. 162-16-5-3 ainsi rédigé :
- 39 « *Art. L. 162-16-5-3.* – La prescription d'une spécialité faisant l'objet de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code pour au moins l'une de ses indications doit contenir l'indication pour laquelle le produit est prescrit. La prise en charge au titre de cette autorisation ou au titre des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 est conditionnée à la transmission, lors de la facturation, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite. Les conditions d'application du présent alinéa sont précisées par décret.
- 40 « Le non-respect de ces obligations et de celles concernant le recueil d'information ou de transmission des données de suivi des patients traités mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu selon les modalités prévues à l'article L. 133-4 du présent code. » ;
- 41 5° L'article L. 162-18 est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :
- 42 « Les conventions conclues au titre des spécialités bénéficiant, pour l'une de leurs indications, d'une autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ou d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-2 du présent code n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Elles incluent également des prévisions relatives aux volumes de vente, le cas échéant indication par indication, pour les trois prochaines années.
- 43 « Sur la base de ces éléments et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, le Comité économique des produits de santé fixe un prix net de référence pour chaque spécialité. Ce prix net de référence est calculé en défalquant les remises mentionnées au premier alinéa du présent article, qui pourraient être dues au titre des trois prochaines années, du prix ou du tarif de remboursement mentionnés aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 ou L. 162-16-6.
- 44 « Les conventions peuvent déterminer un prix net de référence plus bas que celui qui résulterait de l'application du sixième alinéa du présent article.
- 45 « À défaut de convention prévoyant des remises, le prix ou tarif de remboursement tient lieu de prix net de référence. »
- 46 II. – Le 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique est complété par les mots : « , dont la valeur maximale est fixée par décret ».
- 47 III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur du décret relatif aux conditions de transmission de l'indication mentionné à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale, la répartition des volumes de vente selon les indications, nécessaires à l'application de l'article L. 162-16-5-1 du même code est calculée au prorata des estimations des populations cibles respectives réalisées par le Comité économique des produits de santé.
- 48 IV (*nouveau*). – Les I *bis* et III *bis* de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale et la condition de délai maximal mentionnée au 1° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique sont applicables aux autorisations délivrées au titre du même article L. 5121-12 à compter du 1^{er} janvier 2017.
- 49 Les II et III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale sont applicables aux chiffres d'affaires réalisés à compter du 1^{er} janvier 2016.
- M. le président.** L'amendement n° 135, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :
- Alinéa 2
- Supprimer cet alinéa.
- La parole est à M. le rapporteur général.
- M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales.** Il s'agit d'un amendement de coordination.
- M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?
- Mme Marisol Touraine, ministre.** Favorable.
- M. le président.** Je mets aux voix l'amendement n° 135.
- (*L'amendement est adopté.*)
- M. le président.** L'amendement n° 281 rectifié, présenté par MM. Amiel, Bertrand, Castelli et Guérini, Mmes Jouve et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall, n'est pas soutenu.
- Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.
- Les amendements n°s 115 et 190 rectifié sont identiques.
- L'amendement n° 115 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.
- L'amendement n° 190 rectifié est présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret et Claireaux, MM. Vergoz et Caffet, Mmes Meunier et Campion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain.
- Ces deux amendements sont ainsi libellés :
- I. – Alinéas 6 à 8
- Supprimer ces alinéas.
- II. – Alinéa 9
- Supprimer les mots :
- , minoré des remises mentionnées au I *bis* du présent article au titre de cette même période,
- III. – Alinéa 19
- Supprimer cet alinéa.
- IV. – Alinéas 22 et 23
- Supprimer ces alinéas.
- V. – Alinéa 31
- Rétablir les 2° et 3° dans la rédaction suivante :

« 2° Aucun accord sur le prix ou le tarif de responsabilité n'est trouvé par convention entre le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché et le Comité économique des produits de santé dans un délai défini par décret en Conseil d'État à compter de l'autorisation de mise sur le marché, pour l'indication considérée, et le Comité économique des produits de santé n'a pas, dans ce même délai, fixé, par décision, un prix ou un tarif de responsabilité prenant en compte l'indication considérée ;

« 3° Les prises en charge cumulées au titre de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique et du I du présent article ont excédé un délai fixé par décret en Conseil d'État ;

VI. – Alinéa 34

1° Supprimer la référence :

C

2° Remplacer les mots :

différentes conditions de délai relevant du présent III par les mots :

conditions de délai prévues ci-dessus

VII. – Alinéa 46

Remplacer les mots :

dont la valeur maximale est fixée par décret

par les mots :

d'un an au maximum

VIII. – Alinéas 48 et 49

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 115.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à supprimer le mécanisme de plafond de 10 000 euros par traitement résultant de l'adoption d'un amendement du Gouvernement par l'Assemblée nationale.

Ce mécanisme, destiné à déclencher l'obligation, pour un laboratoire, de consentir une remise sur le prix d'une molécule bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation, ou ATU, dont le chiffre d'affaires a dépassé les 30 millions d'euros, peut être intéressant.

Néanmoins, son impact sur l'accès des patients aux molécules les plus coûteuses doit être évalué avec plus de précision afin d'éviter toute perte de chance.

Il s'agit donc de permettre aux différentes parties à la mise en place des ATU – laboratoires, Gouvernement, associations de patients – de s'assurer de l'impact de ce dispositif et de ne pas l'adopter dans la précipitation.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 190 rectifié.

M. Yves Daudigny. Nous discutons ici de la place des médicaments innovants dans notre système de santé. Je veux à cet instant souligner que le dispositif ATU est – je pèse mes mots – formidable.

Atypique par rapport aux dispositifs qui existent à l'étranger, cet outil permet à des patients qui sont souvent en grande difficulté d'avoir accès aux médicaments innovants avant leur autorisation de mise sur le marché.

Il convient que ce dispositif soit régulé, encadré, et parfois même élargi, mais il représente aujourd'hui un atout de notre système de santé, notamment pour celles et ceux qui, dans notre pays, sont atteints par des maladies graves. Il convient donc de ne pas l'entraver de façon exagérée, ce qui justifie cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 278 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Castelli et Guérini, Mme Laborde et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Alinéas 6 à 8

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement vise à supprimer le montant maximal de 10 000 euros par patient et par an pour les médicaments en ATU, car cette limite pourrait avoir un double effet. Les laboratoires peuvent la voir comme un encouragement à demander cette somme pour des traitements moins coûteux ; en revanche, pour certaines molécules, ce montant sera nettement insuffisant.

Nous partageons quelque peu l'intention de M. le rapporteur général, qui entend supprimer, non seulement cette limite, mais encore celle de 30 millions d'euros par médicament nouveau. Ces sommes, fixées dans cet article, doivent encore être discutées. On peut permettre, à mon avis, la création de nouvelles molécules sans brider l'innovation dès le départ.

M. le président. Les amendements n° 216 rectifié *bis* et 218 rectifié sont identiques.

L'amendement n° 216 rectifié *bis* est présenté par M. Gilles, Mmes Gruny et Deromedi et MM. Frassa, Calvet et Buffet.

L'amendement n° 218 rectifié est présenté par Mmes Deroche et Imbert, MM. Milon et Dériot, Mmes Debré et Morhet-Richaud, M. Cardoux, Mmes Cayeux, Canayer, Deseyne et Micouleau, M. Mouiller, Mme Procaccia, M. Gilles, Mme Giudicelli et MM. Savary, D. Robert et Chasseing.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 49

Remplacer l'année :

2016

par l'année :

2017

L'amendement n° 216 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 218 rectifié.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement a pour objet de fixer l'entrée en vigueur de l'ensemble de la réforme du mécanisme des ATU et post-ATU au 1^{er} janvier 2017, et non pas 2016, afin de respecter les impératifs de sécurité et de prévisibilité juridique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 278 rectifié et 218 rectifié ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission ne peut être défavorable à l'amendement n° 278 rectifié, dont le dispositif est en partie identique à celui de son amendement n° 115. Je vous invite donc, monsieur Barbier, à voter en faveur de ce dernier, plus complet. (*M. Gilbert Barbier fait un geste d'assentiment.*)

L'amendement n° 218 rectifié, quant à lui, vise à décaler d'un an l'entrée en vigueur de la réforme. Certes, cela rendrait le dispositif plus prévisible. Néanmoins, les médicaments en ATU le sont parfois déjà depuis plusieurs années. Dès lors, un décalage d'un an serait source d'une perte importante d'économies. La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'ensemble des amendements restant en discussion ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il est défavorable sur l'ensemble de ces amendements ; je voudrais néanmoins préciser certains points.

Monsieur Barbier, nous parlons des médicaments en ATU, c'est-à-dire de médicaments qui bénéficient, en France, d'un système déjà dérogatoire. En effet, s'ils ne sont pas allés jusqu'au terme du processus d'évaluation et ne sont donc pas mis sur le marché – leur prix n'a donc pas été fixé –, on estime en revanche, avec des garanties de sécurité à l'évidence sérieuses, qu'ils peuvent répondre à des besoins de traitement et permettent de soigner des patients qui n'ont pas de traitement disponible.

C'est un dispositif français, reconnu mondialement, de soutien à l'innovation. Nous n'entendons donc pas remettre en cause l'ATU ; encore une fois, c'est un système dérogatoire qui fonctionne.

Quel est le mode de fixation des prix en ATU ? Le produit n'est pas encore évalué, il n'est pas mis sur le marché, son prix est donc libre. Au terme de la négociation qui accompagne la mise sur le marché, le laboratoire reverse la différence entre le chiffre d'affaires qu'il a réalisé alors que le prix était libre et celui qu'il aurait réalisé si on lui avait appliqué le prix finalement fixé. Cette différence existe souvent, le prix libre initial étant en général supérieur au prix fixé au terme de la procédure.

Cette procédure est très intéressante pour la mise à disposition rapide des produits. Elle a en revanche un inconvénient : du fait de cet enjeu de trésorerie, il n'y a pas nécessairement d'incitation à accomplir la négociation dans des délais rapides.

En résumé, l'amendement vise à déterminer qui assume le coût de la trésorerie au cours de la période où le prix est libre jusqu'au moment où ce prix sera fixé.

Que propose le Gouvernement ? Les laboratoires souhaitent que le prix facial ne bouge pas, car celui-ci envoie un message à l'étranger ; par conséquent, si le prix facial est bas en France, il leur est plus compliqué de négocier le prix à l'étranger. Le prix facial est donc maintenu.

Pour les autorisations temporaires d'utilisation portant sur des traitements qui rapporteront un chiffre d'affaires supérieur à 30 millions d'euros – cela représente moins de 10 % des médicaments en ATU –, le prix est libre. Toutefois, une fois l'ensemble des traitements dispensés, si,

lorsque l'on divise le coût global du traitement par le nombre de patients, on arrive à un prix supérieur à 10 000 euros, on écrête en attendant que la négociation aboutisse au prix final.

En d'autres termes, si, pendant la phase d'autorisation temporaire d'utilisation, le traitement représente 15 000 euros, le prix est fixé à 10 000 euros. Si le prix final est de 8 000 euros, le laboratoire doit encore 2 000 euros par traitement ; s'il est en revanche de 12 000 euros, c'est la sécurité sociale qui reversera 2 000 euros. Ainsi, la trésorerie est supportée par l'industriel, avec un minimum qui n'est pas mince ; je rappelle que 90 % des traitements sont d'ores et déjà exclus de ce type de dispositif. Le différentiel éventuel est reversé à l'issue de la négociation et nous pensons que le mécanisme proposé est de nature à l'accélérer.

Pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté, je précise que ces 10 000 euros représentent le prix de revient par personne du traitement. Cela ne signifie en aucun cas que les patients ont droit à 10 000 euros de traitement : ils ont le traitement dont ils ont besoin. Pour eux, tout est pris en charge à 100 %. Il s'agit de savoir quel est le prix du médicament.

J'indique d'ailleurs que les représentants des patients ont publiquement apporté leur soutien à cette mesure, qui permet une plus grande soutenabilité des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, tout en conservant un accès précoce aux nouveaux médicaments. Ils ont publié un communiqué en ce sens.

Tout ce qui relève du droit des patients et de la prise en charge des patients est totalement préservé. À l'issue du processus, cela ne changera rien pour l'industriel qui sera payé en fonction du prix fixé, une fois que celui-ci le sera. Disons que le prix libre de départ est un petit peu moins libre qu'auparavant.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

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

M. Yves Daudigny. Au regard des explications de Mme la ministre, je retire l'amendement n° 190 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 190 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 115.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 278 rectifié et 218 rectifié n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 51, modifié.

(*L'article 51 est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 51

M. le président. L'amendement n° 366, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que s'il a fait la preuve de sa supériorité au cours d'essais cliniques le comparant aux traitements de référence en usage. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit du remboursement des seuls médicaments ayant une efficacité supérieure aux traitements de référence en usage.

Imposer que seuls les médicaments plus efficaces soient remboursés pose problème, car certains médicaments, sans être plus efficaces en soi, le sont pour certaines catégories de malades. De plus, la commission propose déjà de mettre en place une réforme de l'évaluation du médicament.

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

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable !

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

Mme Laurence Cohen. Il s'agit en quelque sorte d'un amendement d'appel au regard des débats récurrents sur le remboursement des médicaments.

Nous souhaitons que ne soient inscrits sur la liste des médicaments remboursables que les médicaments dont l'amélioration du service médical rendu, l'ASMR, est supérieure à celle des traitements de référence. C'est un combat que nous menons depuis longtemps ; les plus anciens d'entre nous se rappellent que François Autain y a participé activement dans cet hémicycle.

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

Le rapport d'information sur la politique du médicament de nos collègues Barbier et Daudigny, publié au mois de juin 2016, indique qu'il y a environ 2 800 substances actives différentes correspondant à plus de 11 000 spécialités disponibles sur le marché français. Il précise également que 85 % des médicaments vendus en France sont remboursables.

En tant que parlementaires, nous devons être guidés par cette seule question : quels médicaments doivent être pris en charge par l'assurance maladie et à quelles conditions ?

Nous savons très bien que la situation est complexe, voire assez illisible, et que des médicaments dont l'ASMR est relativement faible peuvent être tout de même pris en charge par notre système de protection sociale. À l'inverse, certains médicaments sont sous le couperet de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé, la HAS, qui propose de ne plus les rembourser ; nous l'avons encore constaté récemment dans le cadre du traitement contre la maladie d'Alzheimer.

Mme la secrétaire d'État Ségolène Neuville nous a répondu l'an dernier qu'il était préférable d'attendre la publication du rapport de Dominique Polton sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments ; c'est chose faite puisque celui-ci a été remis au mois de novembre 2015.

Madame la ministre, nous avons bien noté que vous n'étiez pas favorable à un taux unique de remboursement à 60 %. Nous souhaiterions toutefois que vous nous indiquiez les orientations préconisées que vous retenez et les changements que cela suppose pour le système de remboursement.

De notre côté, nous pensons que le système actuel est plus que perfectible : soit un médicament est efficace et il doit être remboursé à 100 %, soit il ne l'est pas et il ne doit plus figurer dans la liste. Cela contribuerait à adresser un message clair aux laboratoires et à l'industrie pharmaceutique dont les dérives financières ne sont plus à démontrer.

Bien évidemment, cela passe aussi par un pôle public du médicament et de la recherche, à l'échelon national et européen.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 366.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 282 rectifié, présenté par MM. Sueur et Daudigny, est ainsi libellé :

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur la possibilité de créer un fonds d'indemnisation pour toutes les victimes de médicaments et sur la possibilité de réparation des préjudices vécus par un patient même lorsque la responsabilité d'un producteur de santé ne peut être engagée, à condition que le lien entre le traitement ou le dispositif médical et le dommage soit reconnu.

(Cette possibilité serait ouverte au patient, ou à ses ayants droit en cas de décès, dans un délai de 10 ans suivants la consolidation de l'état de santé de la victime, qui sera chargée d'apporter le faisceau de preuves permettant son indemnisation.)

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Cet amendement est défendu, monsieur le président !

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission sollicite l'avis du Gouvernement sur cet amendement qui vise à l'établissement d'un rapport sur l'indemnisation des victimes des accidents sans faute liés au médicament.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

À l'occasion de l'apparition de dommages imputables à un produit de santé, les victimes s'interrogent légitimement sur les modalités de leur indemnisation. Voilà quelques jours a été voté à l'Assemblée nationale un dispositif d'indemnisation spécifique pour les victimes de la Dépakine ou des produits contenant des dérivés du valproate de sodium, qui sera présenté au Sénat.

Les victimes de dommages liés à l'absorption d'autres médicaments se demandent comment elles seront indemnisées. Voilà pourquoi est proposée la création d'un fonds d'indemnisation générale, abondé par les industriels de manière générale.

J'entends les préoccupations des victimes et de leurs associations. Nous travaillons régulièrement avec plusieurs d'entre elles. En revanche, je ne partage pas l'idée que, à côté de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, l'ONIAM, qui est une structure d'indemnisation générale, et à côté des fonds spécifiques qui se mettent en place, comme pour la Dépakine et après le Mediator, il faille créer un fonds général.

Deux raisons s'y opposent.

D'une part, de nouveaux instruments juridiques sont apparus, avec la loi de modernisation de notre système de santé, notamment l'action de groupe qui permet aux victimes de se regrouper et d'engager des actions en indemnisation de façon plus simple et plus rapide.

D'autre part – à mes yeux, c'est la raison fondamentale –, la création d'un fonds général me paraît totalement déresponsabilisante. C'est proposer en quelque sorte aux laboratoires d'apporter leur contribution, par exemple, pour que soient indemnisées les victimes du Mediator, ce qui revient à déresponsabiliser le laboratoire qui a fabriqué le produit même. Si on avait dit que le laboratoire Servier n'était pas plus responsable que les autres laboratoires des dommages causés par le Mediator, on aurait hurlé !

Créer un fonds indifférencié revient à dire aux industriels que la contribution à ce fonds vaut pour solde de tout compte. En d'autres termes, si des accidents surviennent, qui sont dus à tel ou tel médicament, le laboratoire qui fabrique ce médicament ne serait pas davantage responsable que les autres entreprises pharmaceutiques, puisqu'il a déjà cotisé au fonds commun. Je doute que ce soit l'objectif, même si j'entends la préoccupation qui sous-tend la création de ce fonds.

Une première réponse a été apportée, qui n'est peut-être pas suffisante : ce sont les actions de groupe. La principale association des victimes de la Dépakine a d'ores et déjà annoncé qu'elle engageait une telle procédure. Un fonds indifférencié me paraît aller à rebours de l'idée même de responsabilisation des acteurs industriels.

M. le président. Monsieur Daudigny, l'amendement n° 282 rectifié est-il maintenu ?

M. Yves Daudigny. Jean-Pierre Sueur, qui ne pouvait absolument pas être présent aujourd'hui, tenait beaucoup à ce que cet amendement soit discuté.

Madame la ministre, vous venez de donner une explication très large et très complète qui pourra lui être transmise. Je vous en remercie et retire par conséquent cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 282 rectifié est retiré.

Article 52

- ① I. – L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;

- ④ b) À la deuxième phrase, le mot : « apportée » est supprimé ;
- ⑤ c) La dernière phrase est supprimée ;
- ⑥ 2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ⑦ « II. – Le prix de vente mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :
- ⑧ « 1° L'ancienneté de l'inscription de la spécialité concernée ou des médicaments à même visée thérapeutique sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ou sur celle mentionnée au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ou la fin des droits de propriété intellectuelle conférant une exclusivité de commercialisation de la spécialité, notamment en cas de commercialisation d'un premier médicament générique ou d'un premier médicament biologique similaire ;
- ⑨ « 2° Le prix net ou le tarif net, au sens du quatrième alinéa de l'article L. 162-18 du présent code, de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique ;
- ⑩ « 3° Le prix d'achat constaté de la spécialité concernée et des médicaments à même visée thérapeutique par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;
- ⑪ « 4° Le coût net, au sens de l'article L. 162-18 du présent code, du traitement médicamenteux pour l'assurance maladie obligatoire lorsque la spécialité concernée est utilisée concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments, notamment au regard du coût net des traitements à même visée thérapeutique ;
- ⑫ « 4° *bis (nouveau)* Les montants remboursés, prévus ou constatés, par l'assurance maladie obligatoire pour le médicament concerné et ceux à même visée thérapeutique ;
- ⑬ « 5° L'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur ;
- ⑭ « 6° Un niveau de service médical rendu inférieur à celui des médicaments à même visée thérapeutique ou un niveau de service médical rendu faible ou modéré, lorsque le médicament ne dispose pas de comparateur. » ;
- ⑮ 3° Au début du troisième alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- ⑯ 4° (*Supprimé*)
- ⑰ 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « V. – ».
- ⑱ II. – L'article L. 162-16-5 du même code est ainsi modifié :
- ⑲ 1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :
- ⑳ « I. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché, de l'autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du code de la santé publique ou de

l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 dudit code, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée et d'une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 du présent code ou, à défaut, par décision du comité. Il est fixé au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou, lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours à compter de l'obtention de cette autorisation. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours à compter de cette décision.

- ⑳ « Ce prix est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II de ce même article. » ;
- ㉑ 2° Au troisième alinéa du même I, les mots : « le prix de vente déclaré ou » sont supprimés ;
- ㉒ 3° L'avant-dernier alinéa dudit I est supprimé ;
- ㉓ 4° Au II, les mots : « au prix de vente publié par le Comité économique des produits de santé ou, le cas échéant, » sont supprimés et le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « premier ».
- ㉔ III. – Le I de l'article L. 162-16-6 du même code est ainsi modifié :
- ㉕ 1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;
- ㉖ 2° Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉗ « Ce tarif est fixé dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4. » ;
- ㉘ 3° L'avant-dernier alinéa est supprimé.
- ㉙ IV. – Au 1° de l'article L. 162-17-4 du même code, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés.
- ㉚ IV *bis* (nouveau). – L'article L. 162-18 du même code est ainsi modifié :
- ㉛ 1° Après la première phrase du dernier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ㉜ « Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret en matière commerciale et industrielle. » ;
- ㉝ 2° Le même dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ㉞ « Les prix nets ou tarifs nets s'entendent déduction faite de ces remises. » ;
- ㉟ 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

- ㊱ « Les coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises. »
- ㊲ V. – Le premier alinéa de l'article L. 162-38 du même code est ainsi modifié :
- ㊳ 1° À la première phrase, les mots : « ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations » et les mots : « , ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, » sont supprimés ;
- ㊴ 2° Après la même première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ㊵ « Le comité institué par l'article L. 162-17-3 peut fixer, pour ce qui concerne les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1, le prix de cession maximal auquel peut être vendu le produit ou la prestation au distributeur en détail. »
- ㊶ VI. – L'article L. 165-2 du même code est ainsi modifié :
- ㊷ 1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ㊸ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;
- ㊹ 3° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci » sont remplacés par les mots : « de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu », les mots : « et des prix » sont supprimés et, après les mots : « prévus ou constatés », sont insérés les mots : « , des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés » ;
- ㊺ 4° Après le même avant-dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :
- ㊻ « II. – Le tarif de responsabilité mentionné au I peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé, au regard d'au moins l'un des critères suivants :
- ㊼ « 1° L'ancienneté de l'inscription du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables, sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;
- ㊽ « 2° Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables recouvrées dans les conditions prévues à l'article L. 165-4 au bénéfice de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- ㊾ « 3° Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis, y compris les rémunérations de services prévues à l'article L. 441-7 du code de commerce ;
- ㊿ « 4° Les tarifs, les prix et les remises applicables aux produits et prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec le produit ou la prestation concernée ;

- 52 « 5° L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret ;
- 53 « 6° Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations ;
- 54 « 7° Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- 55 « 8° Les conditions prévisibles et réelles d'utilisation des produits ou prestations.
- 56 « Les tarifs d'une catégorie de produits et prestations comparables peuvent être baissés simultanément. L'application d'un taux de baisse uniforme est possible lorsqu'au moins l'un des critères précédents est considéré pour l'ensemble de la catégorie de produits et prestations comparables. » ;
- 57 5° Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « III. – » ;
- 58 6° Il est ajouté un IV ainsi rédigé :
- 59 « IV. – L'accord-cadre mentionné à l'article L. 165-4-1 peut préciser les modalités de mise en œuvre des conventions mentionnées aux I et II du présent article. »
- 60 VII. – L'article L. 165-3 du même code est ainsi modifié :
- 61 1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 » sont supprimés ;
- 62 2° Au second alinéa, les mots : « mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « conditions prévues à l'article L. 165-3-3 » ;
- 63 3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- 64 « Les prix mentionnés au premier alinéa du présent article sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 165-2. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 165-2. »
- 65 VIII. – Après l'article L. 165-3-2 du même code, il est inséré un article L. 165-3-3 ainsi rédigé :
- 66 « Art. L. 165-3-3. – I. – Les fabricants ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces fabricants sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 67 « 1° Les fabricants ou organisations ont fait connaître au Comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'un avis de projet de fixer les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix ;
- 68 « 2° Chaque fabricant ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 69 « Pour chaque fabricant ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du fabricant ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque l'inscription de produits et prestations sur cette liste est réalisée conjointement pour plusieurs produits, le comité économique des produits de santé peut appliquer à chaque produit un taux de pondération, compris entre 0 et 1 ; la somme des taux employés est égale à 1.
- 70 « Un fabricant ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.
- 71 « II. – Les distributeurs ou, le cas échéant, les organisations regroupant ces distributeurs sont habilités à négocier et à conclure les conventions fixant, en application des articles L. 165-2 et L. 165-3, les tarifs de responsabilité et, le cas échéant, les prix des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 par description générique ou description générique renforcée, lorsque les conditions cumulatives suivantes sont remplies :
- 72 « 1° Les distributeurs ou organisations ont fait connaître au comité économique des produits de santé leur intention de négocier à la suite d'une information relative à la fixation de ces tarifs de responsabilité et, le cas échéant, de ces prix ;
- 73 « 2° Chaque distributeur ou organisation participant à cette négociation justifie d'une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins 10 % du montant relatif des produits et prestations concernés remboursé par l'assurance maladie obligatoire.
- 74 « Pour chaque distributeur ou organisation, et pour chaque inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1, cette part du montant remboursé est calculée en multipliant les volumes de vente du distributeur ou de l'organisation par les tarifs de responsabilité correspondants et en appliquant le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- 75 « Un distributeur ne peut pas participer à la négociation à la fois en son nom propre et au titre d'une organisation.
- 76 « III. – La convention mentionnée au I est valablement conclue si elle est signée par des fabricants ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du I pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.
- 77 « La convention mentionnée au II est valablement conclue si elle est signée par des distributeurs ou organisations qui représentent une part du montant remboursé, constaté ou prévisionnel, représentant au moins le tiers de la somme des montants remboursés relatifs aux produits et prestations concernés, sur le champ résultant de l'application du 2° du II pour les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées concernées.

- 78 « Dès lors que l'une des conventions mentionnées aux deux premiers alinéas du présent III est valablement conclue, le prix ou le tarif fixé par convention s'applique à l'ensemble des acteurs concernés, y compris à ceux qui n'ont pas signé de convention.
- 79 « IV. – Pour l'application des I, II et III, les produits et prestations concernés peuvent regrouper plusieurs produits et prestations comparables, au sens de l'article L. 165-2.
- 80 « Les références temporelles sur lesquelles les contributions sont effectuées sont précisées par le Comité économique des produits de santé.
- 81 « V. – Lorsqu'il apparaît qu'un fabricant, un distributeur ou une organisation regroupant certains fabricants ou distributeurs a déclaré sciemment, pour l'application du présent article, des volumes de vente ou un chiffre d'affaires ou une part du montant remboursé manifestement erronés, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, le distributeur ou l'organisation a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à la charge du fabricant, du distributeur ou de l'organisation.
- 82 « Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par le fabricant ou le distributeur, ou les fabricants ou distributeurs regroupés au sein de l'organisation, au titre du dernier exercice clos pour la ou les descriptions génériques ou descriptions génériques renforcées considérées. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement constaté.
- 83 « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.
- 84 « Lorsqu'une procédure de sanction est engagée par le Comité économique des produits de santé conformément au premier alinéa du présent V, l'invalidation de la convention conclue sur la base des éléments de chiffre d'affaires en cause n'intervient qu'à l'issue d'un délai de six mois à compter de l'engagement de cette procédure. Il en est de même, le cas échéant, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.
- 85 « VI. – Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État. »
- 86 IX. – À la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 du même code, les mots : « , la Caisse nationale du régime social des indépendants » sont supprimés.
- 87 X. – A. – L'article L. 165-5-1 du même code devient l'article L. 165-5-2.
- 88 B. – Le même article L. 165-5-1 est ainsi rétabli :
- 89 « Art. L. 165-5-1. – À une date et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020, l'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article

L. 165-1 est subordonnée à la détention d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et prestations et de son fabricant ou distributeur. Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et rendus publics sur son site internet.

- 90 « Le décret mentionné au premier alinéa précise notamment les obligations respectives des fabricants ou distributeurs et de la caisse nationale pour l'élaboration de ces codes identifiants dans les délais requis. Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit ou de la prestation. »

- 91 XI. – Les prix de cession des spécialités pharmaceutiques fixés sur le fondement de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent valables jusqu'à leur modification par une nouvelle convention ou, à défaut, une nouvelle décision du Comité économique des produits de santé.

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

L'amendement n° 215 rectifié *bis* est présenté par M. Gilles, Mmes Gruny et Deromedi et MM. Frassa, Calvet et Buffet.

L'amendement n° 219 rectifié est présenté par Mmes Deroche et Imbert, MM. Milon et Dériot, Mmes Debré et Morhet-Richaud, M. Cardoux, Mmes Cayeux, Canayer, Deseyne et Micouleau, M. Mouiller, Mme Procaccia, M. Gilles, Mme Giudicelli et MM. Savary, D. Robert et Chasseing.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7

Rédiger ainsi cet alinéa :

« II. – Le prix de vente mentionné au I peut être baissé par convention établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 162-17-4. À défaut, il peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé par décision du Comité économique des produits de santé, pour au moins l'un des motifs suivants :

L'amendement n° 215 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Catherine Deroche, pour présenter l'amendement n° 219 rectifié.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement rédactionnel a pour objet de clarifier les modalités d'une baisse de prix du médicament par la voie conventionnelle, d'une part, et celles d'une baisse de prix par la voie unilatérale, d'autre part.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* La commission a émis un avis favorable sur cet amendement. Cette clarification est utile.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement, qui est un faux amendement rédactionnel.

Son adoption aboutira en effet à modifier profondément la structuration d'évolution et de fixation des prix. Elle conduira à créer deux régimes distincts de baisse de prix :

des baisses de prix négociées dans le cadre conventionnel avec certains critères et des baisses de prix fixées unilatéralement avec d'autres critères.

Les rares décisions unilatérales que le Comité économique des produits de santé, le CEPS, est amené à prononcer ont lieu après échec des négociations conventionnelles. Ces décisions ne remettent pas en cause le cadre conventionnel. Or ce n'est pas du tout ce cadre que vous proposez.

Par ailleurs, l'existence d'un double mécanisme de fixation des prix vers la baisse n'est pas de nature à favoriser un environnement lisible pour les entreprises.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 219 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 116 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 193 rectifié est présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret et Claireaux, MM. Vergoz, Camani et Caffet, Mmes Meunier et Champion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 13

Après les mots :

pays européens

insérer les mots :

dont la liste est fixée par décret

II. – Alinéa 14

Supprimer cet alinéa.

III. – Alinéa 30

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

IV. – L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les références : » aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à » sont remplacées par les références : » au premier alinéa de l'article L. 162-16-6 et aux premier et deuxième alinéas de » ;

2° Au 1°, les mots : « ou le prix de vente déclaré » sont supprimés, et la seconde occurrence du mot : « ces » est remplacée par le mot : « ce ».

IV. – Après l'alinéa 30

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le premier alinéa de l'article L. 162-17-5 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La fixation de ce montant tient compte des critères ou conditions mentionnés aux I et II de l'article L. 162-16-4 concernant les médicaments, et aux I et II de l'article L. 165-2 concernant les produits ou prestations. »

V. – Alinéa 80

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Les parts des montants remboursés mentionnées au présent article sont calculées sur une période temporelle définie par le Comité économique des produits de santé.

VI. – Alinéa 84

1° Première phrase

Après les mots :

d'affaires

insérer les mots :

, de part du montant remboursé ou des volumes de vente

2° Seconde phrase :

Rédiger ainsi cette phrase :

Ce délai de six mois s'applique également en cas d'invalidation, pour les mêmes motifs, de la décision du comité fixant le tarif ou le prix de la description en l'absence d'accord conventionnel.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 116.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à apporter plusieurs clarifications au dispositif proposé par cet article.

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, pour présenter l'amendement n° 193 rectifié.

M. Yves Daudigny. Je souhaite insister sur deux points.

Il s'agit de compléter le 5° de l'article 52 qui mentionne « l'existence de prix ou de tarifs inférieurs dans d'autres pays européens ».

Quant au 6°, il mentionne le service médical rendu, lequel détermine si le médicament est remboursable ou non. Or c'est l'amélioration du service médical rendu qui détermine la notion de prix. Il est donc étonnant que le service médical rendu soit mentionné à l'article 52 qui traite de la composition des prix et non des critères qui font qu'un médicament est remboursable.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable !

Mme Catherine Génisson. Merci !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 116 et 193 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 442, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 17

Remplacer la référence :

V

par la référence :

IV

II. – Après l'alinéa 41

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au début de la dernière phrase, les mots : « Cette fixation tient » sont remplacés par les mots : « Ces fixations tiennent ».

La parole est à M. le rapporteur général.

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

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 442. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 455, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 47

Après les mots :

par convention

insérer les mots :

établie dans le cadre de l'accord mentionné à l'article L. 165-4-1

II. – Alinéas 58 et 59

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement est le premier d'une série d'amendements rédactionnels visant à rendre identiques les rédactions entre les articles qui traitent des dispositifs médicaux et les articles qui traitent des médicaments, s'agissant du rappel des mécanismes conventionnels repris notamment dans l'accord-cadre.

Cette modification rédactionnelle ne change pas le sens de l'article tel qu'il est actuellement rédigé. Il s'agit d'harmoniser les rédactions applicables aux médicaments et aux dispositifs médicaux. Des négociations et des concertations ont eu lieu, d'un côté, avec les représentants des industriels du médicament, d'où les dispositions qui figurent déjà dans le projet de loi, et, d'un autre côté, avec les industriels des dispositifs médicaux, dispositions qui n'ont pas pu être introduites dans le texte initial. C'est cette harmonisation qui vous est proposée.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission n'a pu se prononcer sur cet amendement. À titre personnel, j'émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 455. (*L'amendement est adopté.*)

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

L'amendement n° 164 rectifié, présenté par Mmes Imbert, Deroche et Gruny, M. Milon, Mme Morhet-Richaud, M. Morisset et Mme Procaccia, est ainsi libellé :

Alinéa 48

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Cet amendement se justifie par son texte même.

M. le président. L'amendement n° 192 rectifié, présenté par MM. Daudigny, Labazée et Guillaume, Mmes Bricq, Génisson et Riocreux, MM. Godefroy, Durain et Tourenne, Mmes Schillinger, Émery-Dumas, Yonnet, Féret et Claireaux, MM. Vergoz, Camani et Caffet, Mmes Meunier et Campion, M. Jeansannetas et les membres du groupe socialiste et républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 48

Compléter cet alinéa par les mots :

pour autant qu'aucune modification importante du produit ou de la prestation ne soit intervenue dans les cinq ans

La parole est à M. Yves Daudigny.

M. Yves Daudigny. Il s'agit de compléter l'alinéa 48 pour les dispositifs qui connaissent une évolution importante à la différence des médicaments.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales*. La commission demande l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 164 rectifié. Sur cette question, elle n'a pas obtenu de réponse précise et souhaite par conséquent entendre les explications de Mme la ministre. Il en est de même pour l'amendement n° 192 rectifié, dont l'objet est proche.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Les dispositions proposées tendent à une sécurisation juridique. Aujourd'hui, l'enclenchement de propositions ou de négociations de baisse de prix prend en compte le critère de l'ancienneté du médicament, mais il n'existe pas de base légale pour le faire.

Par conséquent, lorsque des négociations sont engagées sur cette base, mais n'aboutissent pas, et qu'une fixation du prix unilatéral intervient, un flou juridique demeure sur la possibilité d'engager cette discussion. Il s'agit donc de sécuriser une pratique aujourd'hui en cours.

M. le président. Madame Deroche, l'amendement n° 164 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Deroche. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 164 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 192 rectifié n'a plus d'objet.

L'amendement n° 454, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 51

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 4° Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation, notamment par rapport au coût net de

remises de produits ou prestations comparables utilisés seuls ou, le cas échéant, en association concomitamment ou séquentiellement ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit d'un amendement rédactionnel harmonisant la rédaction pour les dispositifs médicaux avec la rédaction retenue pour les médicaments, s'agissant des associations de traitements.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission ne s'est pas prononcée sur cet amendement. Toutefois, à titre personnel, j'émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 454.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 453, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 55

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Là encore, il s'agit d'un amendement d'harmonisation des dispositions relatives aux dispositifs médicaux par rapport aux dispositions concernant les médicaments pour ce qui est des critères retenus pour justifier d'une baisse de prix d'un dispositif médical dans le cadre d'une négociation.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Même avis que pour l'amendement précédent.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 453.

(L'amendement est adopté.)

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

L'amendement n° 165 rectifié *bis*, présenté par Mmes Imbert, Deroche et Gruny, M. Milon, Mme Morhet-Richaud et M. Morisset, est ainsi libellé :

Alinéa 70

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. Il s'agit de supprimer l'alinéa 70 de façon à ne pas multiplier les interlocuteurs avec lesquels le CEPS négocie.

M. le président. L'amendement n° 456, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 70

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les fabricants qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque fabricant participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

II. – Alinéa 75

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Pour l'appréciation de la part du montant remboursé, chaque organisation participant à la négociation indique au Comité économique des produits de santé les distributeurs qui lui ont donné mandat pour les représenter dans le cadre de cette négociation. Chaque distributeur participant à la négociation déclare s'il participe en son nom propre ou au titre d'une organisation. L'application de cette règle s'apprécie négociation par négociation.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de l'amendement n° 165 rectifié *bis* au profit de cet amendement dont la rédaction paraît plus sûre juridiquement. Il s'agit de clarifier les nouvelles règles encadrant les négociations entre le CEPS et les industriels des dispositifs médicaux et de préciser que la voix d'une entreprise ne peut être comptée deux fois.

Mme Catherine Deroche. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 165 rectifié *bis* est retiré.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 456 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission ne s'est pas prononcée sur cet amendement. Toutefois, à titre personnel, j'émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 456.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 367, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 85

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 138-19-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il est rappelé qu'à défaut d'accord amiable sur les prix des médicaments proposés ou leurs tarifs de remboursement entre les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-19-1 et le comité économique des produits de santé, le ministre chargé de la propriété industrielle peut, sur la demande du ministre chargé de la santé publique, soumettre par arrêté tout brevet au régime de la licence d'office au titre de l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. La licence d'office, créée il y a une vingtaine d'années pour soigner les malades atteints du VIH, permet, pour des raisons de santé publique, de contourner un brevet existant et de créer un médicament de même intérêt thérapeutique à un tarif acceptable.

Prévu dans le code de la propriété intellectuelle, ce dispositif n'a jamais été utilisé en France, alors qu'il l'est au Brésil, en Inde et dans plusieurs pays européens. Sa mise en œuvre aurait pourtant des effets positifs non seulement pour les malades atteints de l'hépatite C, mais également pour ceux qui souffrent de pathologies dont le coût des traitements est inabordable.

Nous ne comprenons pas ce qui empêche sa mise en œuvre, d'autant que, madame la ministre, vous avez vous-même évoqué cette question lors du G7 réunissant les ministres de la santé à Berlin. Qu'en est-il plus d'un an après ? Nous souhaitons des éléments de réponse.

Cette question est primordiale notamment au regard des marges financières grandissantes des laboratoires. Nous considérons – c'est un débat récurrent – que la sécurité sociale et l'État sont là non pour satisfaire les appétits des actionnaires de Sanofi, pour prendre un exemple assez emblématique et scandaleux, mais pour fixer le prix des médicaments de telle manière que ceux-ci soient accessibles à tous les malades. De notre point de vue, la licence d'office représentée en ce sens un bon garde-fou.

Il est temps d'affirmer le pouvoir de l'État face aux laboratoires, dont l'activité est principalement guidée par des logiques de rentabilité financière et de marchandisation.

Ce n'est pas la première fois que nous présentons un amendement de cette nature, madame la ministre, et vous avez toujours avancé comme argument que cet amendement n'apporterait rien de nouveau sur le plan législatif, ce dont nous doutons. En admettant que ce soit vrai, qu'est-ce qui vous empêche de mettre en œuvre la licence d'office ?

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission demande le retrait de cet amendement.

Il s'agit d'un amendement destiné à provoquer un débat, car il est juridiquement inutile de rappeler le droit dans le code de la sécurité sociale. Nos collègues Barbier et Daudigny ont examiné la question de la licence d'office dans leur rapport d'information. Nous en parlons ce soir, ce qui est, je crois, le but recherché.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Sur le plan strictement juridique, qui n'est pas le sujet principal, les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de la licence d'office existent. Il n'est donc pas nécessaire de les introduire de nouveau.

J'en viens au fond du sujet. À Berlin, j'ai engagé des discussions avec mes partenaires internationaux du G7 sur une évaluation commune et des procédures communes nous permettant de faire pression sur les prix de l'innovation. J'ai évoqué l'ensemble de ces procédures lors de nos débats précédents et j'ai indiqué que se tiendra à Paris, au mois de janvier prochain, une réunion des ministres de la santé des pays de l'OCDE pour avancer, à partir d'un rapport de l'OCDE, sur la voie d'une évaluation commune et de la définition de modèles économiques nouveaux pour faire face à la question de la soutenabilité financière de l'innovation thérapeutique.

Pourquoi ne pas dégainer tout de suite l'arme fatale de la licence d'office, si j'ose m'exprimer ainsi ? Il y a un côté magique quand on parle de la licence d'office. On a le sentiment qu'il suffit que le ministre appuie sur un bouton pour que tout soit réglé : le prix baisse et le médicament est sur le marché *illico presto*. Tout le monde est content, sauf l'industriel titulaire du brevet initial, et les malades sont soignés tout de suite avec des médicaments qui coûtent moins cher à la sécurité sociale.

La réalité est évidemment beaucoup plus complexe.

Dès lors qu'elle est déclarée, la licence d'office suppose qu'un certain nombre de conditions soient réunies.

Tout d'abord, il faut qu'un laboratoire souhaite exploiter la licence d'office. Si l'on crée une licence d'office et que personne ne l'exploite, il n'y a pas de médicament au rendez-vous. Évidemment, il faut que le laboratoire qui se déclare candidat dispose des capacités de production et d'une technologie de fabrication adaptée.

Ensuite, il faut une négociation des redevances avec le laboratoire titulaire du brevet. On ne peut pas faire comme si le brevet initial n'existait pas. La négociation de la redevance est extrêmement difficile et prend du temps.

Enfin, s'il n'y a pas d'accord amiable avec le titulaire du brevet, celui-ci engagera des procédures contentieuses.

Autant d'éléments qui retardent la mise sur le marché du médicament.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement privilégie des dispositifs qui nous amènent, je l'ai évoqué tout à l'heure, à faire d'emblée pression sur le prix des médicaments dans la négociation du prix.

Venons-en au Sovaldi ou aux médicaments contre l'hépatite C, puisque c'est en quelque sorte de là que tout est parti. J'ai indiqué que je souhaitais que les prix soient renégociés à la baisse. L'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments, éventuellement de génériques, permettra d'engager une concurrence et une émulation permettant cette baisse.

La pression est donc forte. Elle se double de celle, tout aussi forte, de l'opinion publique. C'est la raison pour laquelle je trouve notre débat très salutaire, dans l'intérêt même d'une pression exercée sur les laboratoires pour qu'ils accélèrent leurs négociations et acceptent des prix plus bas.

J'appelle l'attention sur le fait que ce n'est pas si simple que cela. On peut prendre une décision de licence d'office, cela n'a jamais été fait, mais il faut ensuite s'assurer des conditions d'arrivée sur le marché du médicament. Rien ne permet aujourd'hui de sécuriser ce processus.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Madame Cohen, l'amendement n° 367 est-il maintenu ?

Mme Laurence Cohen. Je vais retirer cet amendement, qui a peu de chances d'être adopté.

Les réponses très détaillées de Mme la ministre sont très intéressantes et nous permettent de constater qu'il s'agit d'un vrai sujet de fond et d'une réponse forte à apporter à l'emprise des laboratoires qui ont une certaine puissance, pour ne pas dire une toute-puissance.

Il faut une volonté politique. Elle semble s'être manifestée dans cet hémicycle, mais il faut aller plus loin. J'ai rappelé que certains pays européens, le Brésil, l'Inde avaient recours à la licence d'office.

Ce débat montre que la licence d'office n'est pas une solution magique, qu'il ne suffit pas d'appuyer sur un bouton pour qu'elle fonctionne. C'est une affaire à la fois de volonté politique, je le répète, mais aussi, c'est certain, de rapports de forces, de confrontation, de débat.

Il est également nécessaire d'aller vers un pôle public du médicament à l'échelon national et européen, afin d'avoir les moyens de faire avancer les laboratoires.

La réflexion doit être poursuivie sur ce sujet.

Cela étant dit, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 367 est retiré.

Je mets aux voix l'article 52, modifié.

(L'article 52 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 52

M. le président. L'amendement n° 427, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, après le mot : « rendent, », sont insérés les mots : « publier une liste des médicaments classés par niveau d'amélioration du service médical rendu, ».

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Ainsi que l'avaient déjà souligné la Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2004, puis la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale en 2008, il est regrettable qu'il n'existe pas à ce jour de liste des médicaments classés par niveau d'amélioration du service médical rendu.

Le bilan d'activité de la Commission de la transparence n'est pas détaillé. Il est donc impossible, à ce jour, de connaître la contribution à l'accroissement des remboursements de chaque catégorie, notamment de celle des médicaments sans amélioration du service médical rendu.

Dans un but de transparence et afin d'analyser les remboursements des médicaments selon leur ASMR, cet amendement tend à prévoir qu'une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR sera établie par la Haute Autorité de santé.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement tend à prévoir la publication par la Commission de la transparence d'une liste des médicaments classés selon l'amélioration de leur service médical rendu.

Ces informations sont déjà disponibles, médicament par médicament. En outre, il est impossible d'établir des classements entre médicaments ayant le même niveau d'ASMR, sachant qu'il n'y a que cinq niveaux.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Votre objectif est louable, monsieur le sénateur, et répond à une nécessité.

Cela étant dit, comme vient de l'indiquer M. le rapporteur général, les instruments existent déjà. Les médecins disposent, dans les logiciels d'aide à la prescription, de toutes les

indications de la Haute Autorité de santé sur le niveau de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu des médicaments qu'ils sont susceptibles de prescrire.

Quant aux médecins, de moins en moins nombreux, qui ne disposent pas de ce type de logiciel, ils peuvent, s'ils ont des inquiétudes, des doutes ou des interrogations, se connecter au site ministériel www.medicament.gouv.fr que j'ai créé et qui est public. Il permet à tout un chacun, aux professionnels, aux patients, à vous et moi, de consulter les éléments relatifs à tous les médicaments qui sont sur le marché.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Desessard, l'amendement n° 427 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 427 est retiré.

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

L'amendement n° 369 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots : « économie de la santé », sont insérés les mots : « quatre parlementaires, désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat » ;

2° Sont ajoutés les mots : « quatre représentants désignés par les fédérations représentatives hospitalières publiques et privées les plus représentatives ».

La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 426, présenté par Mme Archimbaud, M. Desessard et les membres du groupe écologiste, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « quatre représentants de l'État » sont remplacés par les mots : « quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le Comité économique des produits de santé, le CEPS, rend des arbitrages de la plus haute importance concernant les niveaux de financement solidaire des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux.

Les auteurs de cet amendement proposent que deux députés et deux sénateurs représentatifs des équilibres parlementaires siègent en tant qu'observateurs au sein du CEPS et puissent avoir accès à l'ensemble des documents transmis.

Une telle mesure renforcerait le contrôle démocratique sur le processus de fixation des prix des produits de santé, notamment par le Parlement, dans le cadre de ses missions constitutionnelles. Le conseil d'administration de l'ANSM a été ouvert aux parlementaires pour plus de transparence. Dans la même logique, il conviendrait d'appliquer cette règle au conseil d'administration du CEPS.

Notre amendement tend par ailleurs à reprendre une proposition formulée par notre collègue député Catherine Lemorton dans son rapport sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments rendu en avril 2008 en conclusion des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis défavorable sur ces deux amendements. Nous avons déjà écarté cette demande précédemment.

Ce serait à mon avis rendre un mauvais service aux parlementaires que de les faire siéger au sein du CEPS, c'est-à-dire au cœur de négociations couvertes par le secret des affaires.

J'ajoute que le CEPS et l'ANSM sont des organismes de natures très différentes.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je rappelle que le Parlement dispose de pouvoirs de contrôle. Que les assemblées mettent donc en œuvre ces pouvoirs et qu'elles auditionnent le président ou le directeur du Centre économique des produits de santé, à huit clos, dans la mesure où des éléments couverts par le secret des affaires ne peuvent être évoqués de manière publique.

Je rappelle également que le Parlement encadre les fixations de prix, les volumes de prix, et que le rapport d'activité du CEPS est régulièrement présenté au Parlement.

Enfin, j'ajoute que le CEPS reçoit des instructions gouvernementales, qu'il essaie de mettre en œuvre. Le pouvoir exécutif et le pouvoir législatif sont deux pouvoirs bien distincts. Les parlementaires exercent un contrôle, mais ils ne peuvent pas participer de l'intérieur à des négociations dans lesquelles ils seraient à la fois juges et parties, c'est-à-dire les parties prenantes d'une procédure résultant de la mise en œuvre d'une politique définie par le pouvoir exécutif.

Je demande donc le retrait de ces amendements. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Watrin, l'amendement n° 369 rectifié est-il maintenu ?

M. Dominique Watrin. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 369 rectifié est retiré.

Monsieur Desessard, l'amendement n° 426 est-il maintenu ?

M. Jean Desessard. Je vais le retirer, monsieur le président, mais au préalable, je tiens à remercier M. le rapporteur général et Mme la ministre de m'avoir fourni des explications détaillées et d'avoir pris en compte mes arguments. Prenant moi aussi en compte leurs arguments, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 426 est retiré.

L'amendement n° 344 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 est ainsi modifié :

a) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ces conventions et les remises accordées sont publiques. » ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Au terme de chaque année, une entreprise exploitant une spécialité de référence commercialisée transmet au Comité économique des produits de santé le chiffre d'affaires réalisé en France attribuable à cette spécialité. Le Comité économique des produits de santé rend publique cette information. » ;

2° Après l'article L. 162-16-4, il est inséré un article L. 162-16-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-4-... – L'entreprise exploitant le médicament remet un rapport annuel à la direction de la sécurité sociale détaillant médicament par médicament le prix de vente au public, le prix réel et la justification du différentiel entre prix de vente et prix réel.

« Les informations transmises sont évaluées par un auditeur indépendant.

« La direction de la sécurité sociale rend publique ces informations dans des conditions précisées par décret. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Cet amendement tend à proposer une plus grande transparence des dépenses de santé et, de manière générale, de l'économie du médicament, de la phase de recherche à celle de la commercialisation.

On le sait, le processus de fixation des prix des médicaments par le Comité économique des produits de santé est flou et peu connu du public. Or l'opacité nourrit les suspicions.

C'est pourquoi nous proposons que soit rendu public le chiffre d'affaires par produit réalisé chaque année par les entreprises. De même, nous proposons que l'exploitant du médicament remette chaque année un rapport à la direction de la sécurité sociale dans lequel seraient indiqués pour chaque médicament le prix de vente au public, le prix réel, et enfin la justification du différentiel entre le prix réel et le prix de vente. Ces informations seraient rendues publiques par la direction de la sécurité sociale.

Cette exigence de transparence nous semble d'autant plus justifiée que le chiffre d'affaires réalisé, au-delà d'un certain seuil, peut conduire au versement de contributions à l'assurance maladie.

On nous oppose régulièrement le secret des affaires. Or il me semble qu'on ne peut pas se contenter de cet état de fait et laisser perdurer certaines dérives et certains conflits d'intérêts. Dans l'intérêt de la santé de nos concitoyens, il faut

mettre en œuvre une politique du médicament sans liens d'intérêts, résultat, je le dis sous forme de clin d'œil, d'une « opération mains propres ».

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement. Pareille publicité serait contraire au respect du secret des affaires auquel la France est tenue et priverait la négociation conventionnelle de tout intérêt.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Je comprends le désir de transparence qui vient d'être exprimé, mais je m'interroge sur l'évocation, même sous forme de clin d'œil, d'une opération « mains propres », laquelle suppose qu'il y aurait du ménage à faire. Il faut être prudent, car certains propos peuvent être interprétés de façon étrange.

Je me suis engagée dans la lutte contre les conflits d'intérêts. J'ai mis en place des bases permettant de consulter les liens d'intérêt qui existent entre tous les professionnels de santé et les industriels. La transparence est faite sur les autorités, sur les experts qui se prononcent sur les médicaments. Nous en arrivons à un sujet, les remises sur les prix des médicaments, où est en jeu le secret des affaires.

Même si on peut le regretter, seul le montant global des remises est publié chaque année. Tout un chacun peut ainsi avoir une idée du volume global des remises pour les industriels et la sécurité sociale. Par exemple, en 2014, les remises sur les prix des médicaments ont représenté plus de 700 millions d'euros. Ce qui n'est pas connu, c'est la répartition de ces remises en fonction des produits, par respect du secret des affaires. La négociation a lieu au sein du CEPS, ce dernier étant évidemment informé, par définition.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 344 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 330 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Elle tient également compte des informations transmises par l'entreprise exploitant le médicament au comité, concernant les montants consacrés au financement d'opérations de recherche liées au produit de santé, les montants effectifs consacrés au développement et notamment les montants affectés au financement d'essais cliniques cités lors de l'enregistrement du produit indiquant le nombre d'essais et de patients inclus dans ces essais, les lieux, les crédits d'impôt, les bourses et autres financements publics dont les industriels ont bénéficié en lien avec ces activités de recherche et de développement, les éventuels achats de brevets liés au produit de santé, le coût d'opérations d'acquisition ou de spéculation éventuellement liées à l'acquisition de

brevets, les coûts de production du produit de santé, ainsi que les coûts de commercialisation et de promotion engagés par les entreprises. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous avons déjà présenté cet amendement lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé l'an dernier. Il porte sur les mécanismes de fixation des prix des médicaments.

Si les enjeux de ces mécanismes dépassent le simple cadre national – l'autorisation de mise sur le marché vaut à l'échelon européen et les entreprises font jouer la concurrence entre les différents pays –, il est important d'améliorer leur efficacité. Ces mécanismes relèvent, en France, du Comité économique des produits de santé.

Aujourd'hui, le Comité économique des produits de santé tient principalement compte, dans la fixation du prix, de l'amélioration du service médical rendu par le médicament, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Cet amendement vise à compléter la liste des critères de fixation du prix des médicaments afin de prendre en compte le financement de la recherche dans le domaine des produits de santé et les montants effectivement consacrés au développement, notamment au financement d'essais cliniques.

Il tend également à tenir compte des financements publics en lien avec les activités de recherche et de développement dont les industriels ont bénéficié. Je pense en particulier au crédit d'impôt recherche, le CIR.

Pour accroître la transparence, il est également nécessaire de prendre en compte les informations sur d'éventuels achats de brevets de produits de santé et sur les coûts d'opérations d'acquisition ou de spéculation liées à l'acquisition de brevets.

Enfin, les coûts de commercialisation et de promotion des entreprises doivent être précisés en amont de la fixation du prix des médicaments.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous sommes défavorables à cet amendement. La question du coût réel est assez difficile à cerner et tend à remettre en cause les bases actuelles de la négociation.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 330 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 370, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 3111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un moratoire est appliqué sur la fabrication et la distribution des vaccins obligatoires pour les enfants entrant en collectivité, lorsqu'ils contiennent des sels d'aluminium comme adjuvants. »

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Je serai brève, car nous avons déjà abordé hier la question des adjuvants aluminiques dans les vaccins, sur lesquels nous demandons un moratoire.

Mme la ministre a indiqué hier qu'elle avait demandé un rapport sur ce sujet, car des éléments scientifiques étaient nécessaires. Ses conclusions seront connues en 2017. Je pense que les choses avancent.

J'ai parlé hier des travaux d'un certain nombre de professeurs, essentiellement français, le professeur Gherardi et le professeur Authier. J'évoquerai aujourd'hui ceux du professeur Exley et du professeur Shaw sur les effets désastreux des sels aluminiques, dont les résultats sont confirmés et validés par le professeur Shoenfeld, qui est certainement le plus grand spécialiste mondial dans le domaine des maladies auto-immunes.

Nous disposons aujourd'hui d'éléments plus probants qu'auparavant sur cette question. Ils nous donnent matière à avancer, madame la ministre. Cette question de santé publique est d'autant plus sensible qu'elle constitue un potentiel scandale sanitaire et que la responsabilité de certains laboratoires pharmaceutiques, qui continuent de fabriquer des vaccins contenant des sels d'aluminium, pourrait être mise en cause. Je rappelle ainsi que Sanofi a fait le choix de retirer du marché son vaccin DT-Polio sans sels d'aluminium sous des prétextes plus que discutables.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Le but des auteurs de cet amendement est de permettre l'émergence de vaccins sans adjuvants aluminiques, mais, en l'absence de substitut, le moratoire qu'ils proposent ferait s'écrouler le taux de couverture vaccinale des enfants.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 370.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 277 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Castelli, Guérini, Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter la publication de la présente loi, le Gouvernement présente un rapport au Parlement sur l'incidence médico-économique d'un taux de remboursement obligatoire unique de 50 % des médicaments et des produits de santé, en maintenant les remboursements à 100 % en vigueur et les affections de longue durée.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Je reviens, avec cet amendement, sur un problème que mon collègue Yves Daudigny et moi-même avons déjà soulevé dans un rapport.

Nous souhaiterions qu'une étude approfondie soit effectuée sur les taux de remboursement des médicaments.

Nous proposons d'instaurer un taux unique de remboursement de 50 %, car la multiplicité des taux existants – 15 %, 35 %, 65 % – pose des problèmes pour l'appréciation du montant des remboursements. Au final, cela ne changerait pas grand-chose pour les patients, car les complémentaires interviendraient.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Comme le rappelle Gilbert Barbier, cet amendement découle directement du rapport qu'Yves Daudigny et lui ont rédigé. Nous le soutenons, bien sûr, mais nous souhaitons tout de même connaître l'avis du Gouvernement. En attendant, la commission s'en remettra à la sagesse de l'assemblée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

Il existe aujourd'hui plusieurs taux de remboursement des médicaments, allant de 15 % à 60 %. Vous proposez, monsieur le sénateur, d'instaurer un taux unique de 50 %. Cela signifie que des médicaments qui ont un service médical rendu important et qui sont aujourd'hui remboursés à 60 % verraient leur taux de remboursement diminuer alors que des médicaments considérés comme étant moins utiles médicalement verraient leur taux de remboursement augmenter. La logique de votre raisonnement n'apparaît pas immédiatement.

Il faut être prudent et se méfier de la simplicité, qui n'exclut pas toujours la complexité. En l'espèce, elle favoriserait fatalement l'émergence de mécanismes de remboursement complémentaires.

Prévoir que la diminution du remboursement d'un médicament utile et nécessaire par l'assurance maladie serait compensée par une prise en charge plus importante des complémentaires, c'est renvoyer au contrat de chacun. Or personne n'est remboursé de la même manière, cela dépend du contrat souscrit.

La disposition que vous proposez est contraire à la solidarité nationale.

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

M. Gilbert Barbier. Nous n'allons pas entamer un long débat sur ce sujet. Je rappelle simplement que le taux de remboursement est fixé en fonction du service médical rendu, lequel varie selon les indications. Or c'est systématiquement le taux de remboursement le plus haut qui est appliqué.

Nous avons évalué qu'avec un taux de 50 %, la sécurité sociale ne serait ni gagnante ni perdante. L'instauration d'un tel taux permettrait d'éviter que des médicaments ayant un service médical rendu assez faible pour certaines affections ne soient remboursés à 65 %, parce que le service rendu est plus fort pour d'autres affections.

Cela étant dit, je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 277 rectifié est retiré.

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

L'amendement n° 117, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter la publication de la présente loi, la Haute Autorité de santé élabore une grille explicitant la relation entre la valeur thérapeutique relative telle qu'elle est définie par le rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments remis à la ministre en charge des affaires sociales et de la santé en novembre 2015, et l'évaluation du médicament sur les composantes suivantes :

- la quantité d'effet par rapport au comparateur : efficacité, tolérance ;
- la pertinence clinique de ces effets ;
- la qualité de la démonstration (critères de jugement, utilisation d'un comparateur pertinent dans les essais) ;
- les avantages non cliniques (praticabilité), qu'il convient d'explicitier plus précisément ;
- la couverture du besoin.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à amorcer la mise en place d'un critère d'évaluation unique du médicament. Nous souhaitons évidemment qu'il soit adopté.

M. le président. L'amendement n° 276 rectifié, présenté par MM. Barbier, Amiel, Bertrand et Castelli, Mme Malherbe et MM. Mézard et Requier, est ainsi libellé :

Après l'article 52

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter la publication de la présente loi, la Haute Autorité de santé élabore une grille explicitant la relation entre la valeur thérapeutique relative et l'évaluation actuelle sur leurs différentes composantes (service médical rendu et amélioration du service médical rendu) pour dix classes de médicaments qu'elle aura sélectionnées.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Cet amendement tendant lui aussi à proposer la mise en place d'un indicateur unique d'évaluation du médicament, je me rallie à l'amendement du rapporteur général et retire le mien.

M. le président. L'amendement n° 276 rectifié est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 117 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La question des mécanismes d'évaluation des médicaments avant la fixation du prix a été posée. Des débats ont eu lieu, notamment sur la question de savoir s'il ne fallait pas fusionner le critère de service médical rendu et le critère

d'amélioration du service médical rendu. C'est notamment pour cela que j'ai demandé à Mme Polton de me remettre un rapport.

Ce rapport est extrêmement clair : la fusion de ces deux critères poserait de nombreuses difficultés et aurait de multiples inconvénients. Il propose en revanche un certain nombre d'aménagements sur lesquels nous sommes en train de travailler.

Les difficultés que poserait un indicateur unique n'apparaissent pas au premier abord, mais elles sont bien réelles.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 117.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 52.

Article 52 bis (nouveau)

- ① I. – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 162-1-8, sont insérés deux articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 ainsi rédigés :
- ③ « Art. L. 162-1-9. – Une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale est créée auprès de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette commission, présidée par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, est composée de représentants des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale, de représentants des médecins spécialistes en médecine nucléaire et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'État assiste à ses travaux.
- ④ « Cette commission rend un avis motivé sur les propositions présentées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, prévues à l'article L. 162-1-9-1.
- ⑤ « La composition et les règles de fonctionnement de la commission sont fixées par arrêté.
- ⑥ « Art. L. 162-1-9-1. – I. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet à la commission prévue à l'article L. 162-1-9, au moins une fois tous les trois ans, avant le 1^{er} mars de l'année :
- ⑦ « 1° Des éléments relatifs à l'évolution constatée sur la période concernée des charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et utilisés dans le cadre d'actes et de prestations délivrés par des professionnels de santé libéraux ;
- ⑧ « 2° S'il y a lieu, une analyse de l'évolution de l'organisation et des modalités de fonctionnement des différentes structures utilisant ces équipements ;
- ⑨ « 3° Des propositions d'évolution pluriannuelle des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements ;
- ⑩ « 4° Des propositions d'évolution de la classification de ces équipements ;
- ⑪ « 5° Un bilan de l'impact financier des propositions mentionnées aux 3° et 4°.

- ⑫ « Les propositions mentionnées aux 3° et 4° sont également transmises aux organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑬ « L'avis de la commission est rendu avant l'expiration d'un délai de trente jours à compter de la transmission des propositions mentionnées aux 3° et 4°. À l'expiration de ce délai, l'avis est réputé rendu. L'avis est transmis par le directeur général de l'Union aux organisations nationales représentatives de médecins généralistes et de médecins spécialistes et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ⑭ « La convention mentionnée à l'article L. 162-5 définit l'évolution des rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement de ces équipements matériels lourds d'imagerie médicale, ainsi que la classification associée. À défaut d'accord sur l'évolution des rémunérations et de la classification à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission mentionnée au septième alinéa du présent article, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à leur détermination.
- ⑮ « Lorsqu'il est fait usage de la faculté prévue au neuvième alinéa, la décision déterminant les rémunérations et la classification est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard dans un délai de trente jours.
- ⑯ « Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.
- ⑰ « En l'absence de décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à la fin du délai mentionné au dixième alinéa, le directeur général de l'union en informe les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et en précise les motifs. » ;
- ⑱ 2° L'article L. 162-5 est complété par un 26° ainsi rédigé :
- ⑲ « 26° S'agissant des médecins spécialisés en radiodiagnostic et en imagerie médicale et des médecins spécialistes en médecine nucléaire, les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale ainsi que la classification associée, dans le respect des dispositions des articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1. »
- ⑳ II. – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la présente loi, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à la fixation des rémunérations et de la classification mentionnées au même article L. 162-1-9-1. Cette décision est transmise par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale avant l'expiration d'un délai de quarante-cinq jours.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Je tiens à dire que je désapprouve cet article et que je suis solidaire de ce que va dire le rapporteur général à cet égard.

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

L'amendement n° 118 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 233 est présenté par M. Revet.

L'amendement n° 263 rectifié est présenté par MM. Amiel, Barbier, Castelli et Guérini, Mmes Jouve et Malherbe et MM. Mézard, Requier et Vall.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 118.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet article entend peser d'une manière disproportionnée sur les négociations conventionnelles en cours entre les radiologues et l'assurance maladie. Nous proposons donc de le supprimer.

M. le président. L'amendement n° 233 n'est pas soutenu.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 263 rectifié.

M. Gilbert Barbier. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est évidemment défavorable à la suppression de dispositions qu'il propose dans le texte.

Il n'y a pas actuellement de négociations avec les radiologues. Des négociations ont eu lieu sur les forfaits techniques, mais elles ont échoué. Or une fois que les négociations ont échoué, on ne peut plus rien faire.

Les négociations conventionnelles ont lieu avec les représentants des médecins de façon globale, avec les organisations professionnelles et les syndicats, mais pas avec des catégories de professionnels en particulier.

Les dispositions de l'article 52 *bis* visent à permettre d'intervenir sur les prix dans le domaine de l'imagerie médicale si les négociations n'aboutissent pas. Si les professionnels ont le sentiment que, en ne bougeant pas, ils peuvent maintenir le niveau des prix de façon durable, ils n'ont pas de raison d'engager une négociation. Les instruments proposés visent donc à aiguillonner un peu la négociation afin de lui permettre d'aboutir. C'est notre seul objectif.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 118 et 263 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 52 *bis* est supprimé et l'amendement n° 174 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

Toutefois, pour la bonne information du Sénat, je rappelle les termes de cet amendement présenté par Mme Doineau, MM. Luche, Cigolotti, Médevielle et Bonnecarrère, Mme N. Goulet et MM. Guerriau, Kern, Canevet, Longeot, Roche, Namy, L. Hervé, Marseille et Gabouty :

Alinéa 3, deuxième phrase

Après les mots :

médecine nucléaire

insérer les mots :

, de représentants des fédérations hospitalières représentatives

Article 53

- ① I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnée à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé à 44,4 millions d'euros pour l'année 2017.
- ② II. – En 2017, il est prélevé au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une somme de 70 millions d'euros sur les réserves, constatées au 31 décembre 2015, du fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.
- ③ Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.
- ④ III. – Il est institué, au titre de l'année 2017, au bénéfice du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée, une contribution de 150 millions d'euros à la charge de l'organisme mentionné au II de l'article 16 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette contribution est versée avant le 31 décembre 2017.
- ⑤ Le recouvrement, le contentieux et les garanties relatifs à cette contribution sont régis par les règles mentionnées à l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale.
- ⑥ IV. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 107 millions d'euros pour l'année 2017.
- ⑦ V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 129,6 millions d'euros pour l'année 2017.

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

L'amendement n° 372 rectifié, présenté par Mmes Cohen et David, M. Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Alinéas 2 à 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. L'article 53 vise à transférer 70 millions d'euros des réserves du Fonds pour l'emploi hospitalier, le FEH, et 150 millions d'euros de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, l'ANFH, vers le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, le FMESPP.

Nous nous opposons à ces transferts, car il ne nous semble pas juste de prendre ce qui appartient aux établissements publics pour financer les établissements privés.

Je rappelle ici le rôle du FEH et de l'ANFH : ces fonds permettent aux établissements de financer certains aménagements d'horaires, qu'il s'agisse des temps partiels, de la cessation anticipée d'activité, ou bien encore certaines formations et aides à la mobilité. Leur existence est donc bel et bien utile au sein de la fonction publique hospitalière.

Pour justifier ces transferts, le Gouvernement argue que les réserves financières de ces fonds sont trop importantes. Cet argument n'est pas convaincant. Ne vaudrait-il pas mieux s'interroger sur les raisons de la sous-consommation des crédits et inciter davantage les établissements à les utiliser ?

Dans la mesure où ce n'est pas la première fois que de tels prélèvements sont effectués, nous craignons que ces fonds ne finissent par disparaître.

Tous les professionnels que nous avons auditionnés condamnent le choix du Gouvernement.

Par ailleurs, madame la ministre, pouvez-vous nous préciser à quelle opération concrète du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ces crédits seront affectés ? L'expression « modernisation des établissements de santé » du sigle FMESPP est à double tranchant à l'heure des groupements hospitaliers de territoire.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que cette mesure nous laisse dubitatifs, pour ne pas dire plus.

M. le président. L'amendement n° 457, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Remplacer les mots :

et les garanties

par les mots :

, les garanties et les sanctions

II. – Alinéa 5

Remplacer les mots :

et les garanties

par les mots :

, les garanties et les sanctions

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit d'un amendement de cohérence rédactionnelle visant à tirer les conséquences de la modification de l'article 3.

M. le président. Les amendements n° 134 et 146 rectifié *bis* sont identiques.

L'amendement n° 134 est présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 146 rectifié *bis* est présenté par M. Mouiller, Mmes Canayer et Billon, M. Buffet, Mmes Cayeux, Deroche, Di Folco, Duchêne et Gruny, MM. Guerriau, Houel et Kern, Mmes Mélot et Micouleau, MM. Morisset, Revet, Calvet, Cardoux, César, de Legge, Laméni et Lefèvre, Mme Loisier, MM. Masclat, Pellevat, Perrin, Vogel, Mandelli, B. Fournier, D. Laurent et Longeot, Mme Deromedi et MM. Gremillet et L. Hervé.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 4 et 5

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général, pour présenter l'amendement n° 134.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Les articles 3 et 53 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 procèdent à deux prélèvements de 150 millions d'euros sur les réserves de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier au profit du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Cette solution ne poserait pas de problème si les réserves de ce fonds étaient « dormantes » et non utilisées. Or il semble que tel ne soit pas le cas. L'ANFH travaille en effet à la construction de plans de formation hospitaliers à long terme, ce qui nécessite des provisions importantes permettant de gager les dépenses prévues sur des durées parfois très longues.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous souhaitons la suppression de ces alinéas.

M. le président. L'amendement n° 146 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 372 rectifié et 457 ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Nous demandons le retrait de l'amendement n° 372 rectifié de Mme Cohen.

Tel qu'il est rédigé, cet amendement aboutit à supprimer également la participation de l'assurance maladie au financement du FMESPP pour 2017, ce qui n'est pas souhaitable.

La commission propose de conserver le financement par l'assurance maladie et le transfert depuis les réserves du FEH, mais de supprimer la ponction sur les réserves de l'ANFH, ce qui paraît être une solution équilibrée pour l'abondement du FMESPP.

Pour ce qui est de l'amendement n° 457 du Gouvernement, nous sommes favorables au paragraphe I concernant l'alinéa 3 de l'article 53. En revanche, la commission s'étant prononcée pour la suppression des alinéas 4 et 5 de l'article 53 relatifs à la ponction sur les réserves de l'ANFH, je ne puis qu'être défavorable au paragraphe II concernant l'alinéa 5. Par conséquent, monsieur le président, je sollicite un vote par division de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n° 372 rectifié et 134 ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est défavorable aux deux amendements de suppression partielle ou totale des dispositions qu'il propose.

Pour répondre à M. le rapporteur général qui s'interrogerait au sujet de réserves dormantes, je dirais que les réserves sont bien là et qu'elles dorment ! Je vous rappelle que les réserves de l'ANFH ont été multipliées par deux en l'espace de dix ans, passant de 165 millions d'euros à un peu plus de 364 millions d'euros.

Compte tenu du rythme auquel se reconstituent les réserves, indépendamment même du prélèvement que nous proposons, à la fin de l'année 2017, de nouvelles réserves seront déjà reconstituées. Il est donc totalement absurde d'avoir ces réserves qui dorment. D'ailleurs, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, l'IGAS, a montré que les ressources de ces structures étaient structurellement supérieures à ce qu'elles pouvaient dépenser. Autrement dit, même si ces organismes s'efforçaient de dépenser tout l'argent qu'ils reçoivent, ils n'y parviendraient pas ! Ce n'est donc pas de la saine gestion.

Pour répondre à Mme Cohen, nous fléchons ces ressources nouvelles vers le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés en particulier à destination des établissements les plus en difficulté, qui ont besoin d'être accompagnés et soutenus dans leurs projets. Ces cotisations qui viennent des établissements repartent ainsi vers ceux qui en ont le plus besoin.

Je demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, le Gouvernement émettrait un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 372 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Nous allons procéder au vote par division de l'amendement n° 457.

Je mets aux voix le I de l'amendement.

(Le I de l'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le II de l'amendement.

(Le II de l'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de l'amendement n° 457, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour explication de vote sur l'amendement n° 134.

Mme Catherine Génisson. Madame la ministre, nous entendons parfaitement les arguments que vous avez développés concernant l'existence de réserves dormantes. Néanmoins, je pense qu'il faut s'interroger sur les raisons d'une telle situation.

D'une part, on peut se poser la question du taux éventuellement trop élevé de cotisation pour la formation professionnelle des personnels de santé à l'intérieur de l'hôpital.

D'autre part, on peut se demander pourquoi les crédits ne sont pas suffisamment consommés. L'accès aux formations est parfois rendu difficile en fonction du nombre de personnels dans les services et de l'absentéisme qui est tout de même important dans nos hôpitaux.

La formation professionnelle continue des personnels tant médicaux que paramédicaux est pourtant tout à fait fondamentale à l'hôpital. Nous rendons tous hommage à ces personnels, à juste titre. Or ceux-ci demandent non seulement des améliorations de statut, des améliorations pécuniaires, mais également une reconnaissance et, pour certains d'entre eux, en particulier le personnel paramédical, la « remédicalisation » de leurs fonctions au sein de l'hôpital.

Nous l'avons d'ailleurs fait dans la loi de modernisation de notre système de santé, puisque nous avons créé le statut d'infirmière clinicienne. Actuellement, en effet, la seule façon pour une infirmière d'être promue et d'améliorer son statut est de se diriger vers une filière administrative.

Nous ne voterons pas cet amendement, mais le sujet de la formation professionnelle continue du personnel paramédical est essentiel et mériterait que l'on continue d'y travailler.

M. Yves Daudigny. Très bien !

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je réponds simplement à Catherine Génisson que nous préservons par notre amendement les fonds de l'ANFH pour 2017, c'est-à-dire 150 millions d'euros.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 134.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 53, modifié.

(L'article 53 est adopté.)

②

<i>(En milliards d'euros)</i>	
Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	86,6
Dépenses relatives aux établissements de santé	79,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,0
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,2
Autres prises en charge	1,7
Total	190,7

M. le président. L'amendement n° 137, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à supprimer l'article fixant le montant de l'ONDAM pour 2017, dont nous avons déjà largement débattu ici.

Article 54

- ① Pour l'année 2017, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :
- ② 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 207,1 milliards d'euros ;
- ③ 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 205,9 milliards d'euros.

M. le président. L'amendement n° 136, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Compte tenu des observations formulées sur l'équilibre financier de la branche maladie, il est proposé de supprimer l'article fixant la prévision de dépenses pour l'année 2017.

Nous en avons déjà largement débattu, madame la ministre, je n'y reviens pas plus longuement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 136.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 54 est supprimé.

Article 55

- ① Pour l'année 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

La commission entend supprimer le taux de l'ONDAM fixé à 2,1 %, mais je ne suis pas certaine d'avoir compris si elle propose de l'établir à un niveau supérieur ou inférieur.

Mme Nicole Bricq. Bonne observation !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Nous voudrions connaître votre réponse au questionnement de Mme la ministre, monsieur le rapporteur général. Que souhaiteriez-vous exactement ? Vous n'êtes pas d'accord avec le budget de Mme la ministre, mais dans quel sens ?

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je pense y avoir répondu par avance, monsieur Desessard. Nous avons demandé la correction de l'ONDAM en incluant les fractions des différents budgets qui lui ont été retirées au profit d'autres branches.

Nous avons calculé que le retour au périmètre antérieur de l'ONDAM permettrait de rétablir un ONDAM à 191,4 milliards d'euros, soit un taux de progression à périmètre constant, hors intégration des établissements et services d'aide par le travail, les ESAT, de plus de 2,5 %. Par rapport aux 2,1 % proposés par le Gouvernement, c'est plutôt favorable, monsieur Desessard, vous allez voter pour ! (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. Je ne pense pas !

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

Mme Laurence Cohen. Nous sommes contre cet article, mais pas pour les mêmes raisons que celles avancées par la commission. C'est la raison pour laquelle nous nous abstenons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 137.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'article 55 est supprimé.

TITRE V

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article additionnel avant l'article 56

M. le président. L'amendement n° 119, présenté par M. Roche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Avant l'article 56

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juin 2017, un rapport évaluant la pertinence des taux de réfaction contenus dans les règles de calcul des prises en charge des cotisations au titre des périodes assimilées par le Fonds de solidarité vieillesse.

La parole est à M. Gérard Roche, rapporteur.

M. Gérard Roche, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance vieillesse. Les dépenses de prise en charge des cotisations au titre des périodes assimilées constituent la première charge pour le FSV, en particulier celles concernant les périodes de chômage.

Comme l'a montré le rapport sur le FSV que Catherine Génisson et moi-même avons rendu, ces dépenses ne s'appuient pas sur les dépenses réelles des régimes, comme c'est le cas pour le minimum vieillesse, par exemple, mais sur une base forfaitaire.

Les règles qui encadrent la définition de cette base forfaitaire sont très complexes. Elles reposent sur des taux de réfaction. On ne prend par exemple que 90 % du SMIC pour calculer l'assiette forfaitaire servant de base au calcul des périodes de chômage pour le FSV, mais 18 % du SMIC horaire dans le cas d'un arrêt de travail pour maladie. C'est encore beaucoup plus compliqué pour le travail temporaire, où les gens travaillent quelques heures pendant quelques jours, alors que le FSV n'a pas accès directement aux renseignements que pourrait lui donner la mission locale. Bref, nous sommes face à un amalgame de cotes mal taillées qui méritent d'être mieux comprises.

De plus, la gestion du FSV ayant été transférée à la CNAV, celle-ci bénéficie des fonds et peut donc donner l'impression d'être à la fois juge et partie.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au Gouvernement d'engager une étude et d'en transmettre les résultats à notre assemblée – cette périphrase étant destinée à éviter le mot « rapport », qui a été supprimé du lexique. (*Sourires.*)

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

Mme Marisol Touraine, ministre. La Cour des comptes conduit actuellement une étude rétrospective sur le FSV, notamment sur les modalités de prise en charge par ce dernier des différents dispositifs non contributifs relevant de la solidarité nationale.

La Cour des comptes s'étant emparée du sujet, il ne paraît pas nécessaire, en tout cas avant la publication de ce rapport, d'engager des travaux parallèles. C'est la raison pour laquelle je vous invite à retirer votre amendement, monsieur le rapporteur.

M. le président. Monsieur Roche, l'amendement n° 119 est-il maintenu ?

M. Gérard Roche, rapporteur. Non, je le retire, monsieur le président.

Si le rapport de la Cour des comptes ne nous satisfait pas, nous réitérerons notre demande.

M. le président. L'amendement n° 119 est retiré.

Article 56

① Pour l'année 2017, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées comme suit :

(En milliards d'euros)	
	Prévision de charges
Fonds de solidarité vieillesse	19,6

M. le président. L'amendement n° 120, présenté par M. Roche, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gérard Roche, rapporteur.

M. Gérard Roche, rapporteur. La commission des affaires sociales, dans sa majorité, a proposé de supprimer l'article fixant les prévisions de dépenses du FSV.

Madame la ministre, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte des mesures ambivalentes s'agissant du FSV. Tout d'abord, il engage le transfert progressif sur trois ans du financement de l'intégralité du minimum contributif aux régimes de base. C'était l'une des préconisations de notre rapport et, bien sûr, nous vous remercions de nous avoir suivis, à moins que nous n'ayons eu la même idée en même temps.

En revanche, nous ne comprenons pas le choix opéré par le Gouvernement de prélever pour près de 1,7 million d'euros de ressources sur le FSV, alors même que celui-ci représentera en 2017 l'essentiel du déficit de la sécurité sociale et qu'il a été prouvé que sa dette s'élèvera à 11 milliards d'euros en 2020. Nous nous interrogeons : pourquoi diminuer les ressources du FSV au moment où il est en train d'accumuler une dette importante ?

Enfin, nous considérons que la perspective d'un retour à l'équilibre du FSV en 2020, comme le prévoit l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale, est trop optimiste. Elle repose en effet uniquement sur une prévision de recettes du FSV liées à l'augmentation des recettes des prélèvements sociaux tirés des revenus du capital. Or, par nature, et c'était l'une des critiques que nous avons formulées l'année dernière, ces recettes fiscales sont imprévisibles et très variables d'une année sur l'autre. Dès lors, ces prévisions nous paraissent véritablement incertaines.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit de la question des tableaux d'équilibre, l'avis du Gouvernement est donc défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 120.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 56 est supprimé.

TITRE VI

Dispositions communes aux différentes branches

Chapitre I^{er}

GESTION

Article 57

- ① I. – Au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ② II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 815-8 du même code, les mots : « la Caisse des dépôts et consignations » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ».
- ③ III. – Les modalités du transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole sont déterminées par convention entre ces deux organismes.
- ④ IV. – Le présent article entre en vigueur selon des modalités et à une date fixées par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.

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

L'amendement n° 121 est présenté par M. Roche, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 373 est présenté par M. Watrin, Mmes Cohen, David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Gérard Roche, rapporteur, pour présenter l'amendement n° 121.

M. Gérard Roche, rapporteur. Cet amendement, adopté par la commission, vise à supprimer l'article 57 prévoyant le transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées de la Caisse des dépôts et consignations à la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, la MSA.

De quoi s'agit-il ? La Caisse des dépôts gère depuis les années 1950 un service spécifique de versement du minimum vieillesse, devenu depuis 2007 l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'ASPA. Cette allocation concerne des personnes n'ayant jamais eu de protection sociale, n'ayant jamais cotisé et vivant en France au moins une partie de l'année. Il s'agit d'un public fragile qui ne relève d'aucun régime de base d'assurance vieillesse.

Cet article entend transférer cette activité aux caisses locales de la MSA. D'après les auditions que nous avons menées, cet objectif semble justifié, le maillage local de la MSA étant meilleur et la dépense beaucoup moins importante.

Or la Caisse des Dépôts, située à Bordeaux, gère actuellement l'ASPA de façon très satisfaisante et réalise un important travail de contrôle, cette population étant extrêmement fluctuante.

Nous nous demandons par conséquent si ce transfert est fondé, s'il apportera un changement positif. L'Assemblée nationale a reporté ce transfert à 2020, nous vous proposons purement et simplement de l'annuler en supprimant cet article.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen, pour défendre l'amendement n° 373.

Mme Laurence Cohen. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis est défavorable. L'objectif du Gouvernement est de rapprocher les organismes qui versent l'ASPA des personnes qui vont en bénéficier. Aujourd'hui, le service est entièrement concentré à Bordeaux, alors que les bénéficiaires, qui sont répartis sur l'ensemble du territoire, peuvent rencontrer des difficultés dans leurs relations avec les administrations, compte tenu de leur situation.

Il est proposé de confier aux caisses de la MSA le soin d'instruire territorialement les dossiers d'ASPA. La mise en œuvre sera progressive pour que la MSA ait le temps de s'adapter et que la Caisse des dépôts gère la fin de cette mission, ce qui ne lui posera pas de difficulté en termes d'emplois puisque de nouvelles missions lui sont confiées. Je tiens à signaler par ailleurs que la MSA est aujourd'hui confrontée à une baisse d'activité. Cette activité supplémen-

taire a été prise en compte dans la convention d'objectifs et de gestion qui a été signée avec l'État et les moyens nécessaires ont été prévus.

M. le président. La parole est à Mme Nicole Bricq, pour explication de vote.

Mme Nicole Bricq. Je soutiens les amendements identiques défendus par la commission et le groupe CRC. Je me suis interrogée, madame la ministre, sur la pertinence de ce transfert en comparant les avantages et les inconvénients.

La Caisse des dépôts et consignations rend un service de très bonne qualité. Elle ne le fait pas par voie électronique ; comme l'a souligné le rapporteur, il s'agit de publics fragiles qu'il faut joindre par téléphone. Elle travaille beaucoup avec les centres communaux d'action sociale, les CCAS, les mairies vous le diront. Elle est présente sur le territoire par son action au travers des CCAS, ce n'est donc pas le problème du réseau qui est en jeu.

De surcroît, les allocataires sont largement situés dans les zones urbaines : 20 % vivent en Île-de-France et les départements les plus sollicités sont le Nord, qui n'est tout de même pas essentiellement rural, les Bouches-du-Rhône et la Réunion. L'argument selon lequel le réseau de la MSA serait meilleur ne tient donc pas.

J'en viens à l'argument financier : il est toujours intéressant pour un gouvernement de réaliser des économies de gestion. Il est vrai que les frais de gestion de la Caisse de dépôts s'élèvent à 9 millions d'euros, mais il faut les mettre en regard des 11 millions d'euros supplémentaires qu'elle rapporte, notamment par sa capacité de recouvrement et le sérieux de son contrôle. L'avantage financier n'est donc pas déterminant. J'ai d'ailleurs noté que la MSA, dans son conseil d'administration du 28 septembre, demandait des moyens supplémentaires pour satisfaire à cette nouvelle activité.

Ce transfert n'apporte donc pas d'avantage majeur. Ce qui est sûr, c'est qu'avec le transfert de la gestion des accidents du travail de la Caisse des dépôts vers la MSA que nous avons voté à l'article 20, cela concernera à Bordeaux – je ne défends pas Bordeaux particulièrement – 136 emplois qui ne seront pas compensés par ailleurs sur le territoire.

Franchement, ce transfert n'offre aucun avantage ; il comporte même plutôt des inconvénients. Il faut laisser la situation en l'état : je voterai l'amendement présenté par M. Roche et soutenu par le groupe communiste.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. L'argumentaire de Mme Bricq est convaincant : je voterai donc l'amendement communiste soutenu par M. Roche. *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 121 et 373.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 57 est supprimé.

Article additionnel après l'article 57

M. le président. L'amendement n° 122, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 57

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – A. – Sont transférées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2018 :

1° Les missions et activités exercées par les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale ;

2° Les missions et activités informatiques d'études et développement, de production et d'édition et d'expertise technique exercées par l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France.

B. – Les droits, biens et obligations des centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au 1^{er} janvier 2018.

C. – Les centres informatiques des organismes chargés du recouvrement de la sécurité sociale sont dissous le 31 décembre 2017.

D. – Les contrats de travail des salariés de l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Île-de-France exerçant les missions et activités mentionnées au 2° du A du présent I sont transférés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au 1^{er} janvier 2018.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le III de l'article L. 122-6 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « union du recouvrement désignée » sont remplacés par les mots : « organisme chargé du recouvrement désigné » et le mot : « unions » par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;

b) À la seconde phrase, le mot : « Elle » est remplacé par le mot : « Il » et le mot : « unions » par les mots : « organismes chargés du recouvrement » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 122-7, après les mots : « gestion des organismes » sont insérés les mots : « au service des prestations, au recouvrement et à la gestion des activités de trésorerie ».

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Le présent amendement modifie la gouvernance des systèmes d'information de la branche recouvrement du régime général afin d'en renforcer le pilotage, au niveau national, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'ACOSS.

Cette nouvelle organisation permettra à l'ACOSS de mieux faire face aux enjeux de modernisation du recouvrement. Des économies d'un montant de 4,5 millions d'euros sont également attendues.

Le paragraphe II de cet article renforce la sécurité juridique des opérations de mutualisation de missions et d'activités entre organismes de sécurité sociale, notamment en matière de recouvrement.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

La rationalisation de la gouvernance des systèmes d'information de la branche recouvrement du régime général est une bonne chose, en cohérence avec les évolutions qui ont été réalisées dans la branche famille. Il y a là une forme d'harmonisation de la gestion dans nos caisses.

Elle permettra notamment à l'ACOSS de renforcer son pilotage national des systèmes d'information, de moderniser le recouvrement, de renforcer la sécurité juridique des opérations de mutualisation de missions et d'activités entre organismes de sécurité sociale, notamment en matière de recouvrement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 122.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 57.

Article 57 bis (nouveau)

- ① I. – Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-9, les mots : « admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base » sont remplacés par les mots : « chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;
- ③ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10, après la première occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;
- ④ 3° À la première phrase de l'article L. 114-10-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;
- ⑤ 4° Le début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-10-2 est ainsi rédigé :
- ⑥ « Les organismes mentionnés à l'article L. 114-10-1 sont tenus... *(le reste sans changement)*. » ;
- ⑦ 5° Au premier alinéa de l'article L. 114-11, les mots : « chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « mentionnés à l'article L. 114-10-1 » ;
- ⑧ 6° L'article L. 114-12 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au premier alinéa, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » ;
- ⑩ b) Au même premier alinéa, les mots : « et l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « , Pôle emploi et les administrations de l'État » ;
- ⑪ c) À la fin du 2°, les mots : « en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes » sont supprimés ;
- ⑫ d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Les informations ainsi obtenues ont la même valeur que les données détenues en propre. » ;

⑭ 7° Au premier alinéa de l'article L. 114-12-1, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code » et les mots : « aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire, ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'à Pôle emploi » ;

⑮ 8° Au premier alinéa de l'article L. 114-22, les mots : « du régime d'assurance chômage » sont remplacés par les mots : « , du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code ainsi que Pôle emploi ».

⑯ II. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après la dernière occurrence du mot : « sociale », sont insérés les mots : « , au service mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 815-7 du même code ».

M. le président. L'amendement n° 123, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Après les mots :

présent code »

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un simple amendement de cohérence rédactionnelle portant sur l'alinéa 14.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Pour ma part, je ne considère pas cet amendement comme purement rédactionnel. Vous remettez en cause la liste des organismes habilités à accéder au répertoire national commun de la protection sociale, le RNCPS, qui est ouvert à l'ensemble des organismes cités dans le code de la sécurité sociale, aux organismes en charge de la gestion d'un régime de retraite complémentaire obligatoire et à Pôle emploi.

En simplifiant la rédaction, vous supprimez des organismes de la liste. Je ne sais pas si tel était votre objectif.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je suis prêt à retirer cet amendement, madame la ministre.

Je vous invite néanmoins à vérifier la cohérence entre l'article 57 bis et l'alinéa 3 de l'article 59. Il nous semble qu'il conviendrait de veiller davantage à la cohérence entre les diverses dispositions de ce texte.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le rapporteur général, je sollicite le retrait de votre amendement, au bénéfice de l'engagement que nous examinons l'incohérence que vous nous signalez, afin que nous ne légiférions pas dans l'incertitude.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 123 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 123 est retiré.

Je mets aux voix l'article 57 bis.

(L'article 57 bis est adopté.)

Article 58

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le 3° de l'article L. 114-19 est complété par les mots : « ou des prestations recouvrables sur la succession » ;
- ③ 2° À l'article L. 161-1-5, après le mot : « versée », sont insérés les mots : « ou d'une prestation recouvrable sur la succession » ;
- ④ 3° L'article L. 376-4 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑥ – à la première phrase, après les mots : « L'assureur », sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et le mot : « sa » est remplacé par le mot : « leur » ;
- ⑦ – au début de la seconde phrase, les mots : « Il verse » sont remplacés par les mots : « Ils versent » ;
- ⑧ b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable », sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;
- ⑨ c) Après le troisième alinéa, il est inséré, un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. » ;
- ⑪ 4° L'article L. 454-2 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :
- ⑬ – à la première phrase, après les mots : « l'assureur », sont insérés les mots : « ou le tiers responsable », le mot : « peut » est remplacé par le mot : « peuvent » et le mot : « sa » est remplacé par le mot : « leur » ;
- ⑭ – au début de la seconde phrase, les mots : « Il verse » sont remplacés par les mots : « Ils versent » ;
- ⑮ b) Au troisième alinéa, après les mots : « du tiers responsable », sont insérés les mots : « ou au tiers responsable » et les mots : « il ne respecte pas » sont remplacés par les mots : « ils ne respectent pas » ;
- ⑯ c) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑰ « La pénalité appliquée au tiers responsable ne peut excéder 30 000 euros lorsqu'il s'agit d'un particulier. » – (Adopté.)

Chapitre II

FRAUDE AUX PRESTATIONS

Article 59

- ① Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 114-12-1 est ainsi modifié :

- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « ainsi qu'à l'institution mentionnée à l'article L. 311-7 du code du travail » sont remplacés par les mots : « à la Caisse des français de l'étranger ainsi qu'à Pôle emploi » ;
- ④ b) Au 2°, après les mots : « les collectivités territoriales », sont insérés les mots : « et leurs groupements, ainsi que les métropoles, » ;
- ⑤ c) Après le 4°, est inséré un 5° ainsi rédigé :
- ⑥ « 5° Les entreprises qui fournissent des services faisant l'objet d'une tarification définie par la loi sur la base de critère sociaux, s'agissant des données strictement nécessaires à la mise en œuvre de ces tarifs. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 114-16 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Après le mot : « elle », la fin est ainsi rédigée : « recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales. » ;
- ⑨ b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « L'Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués peut communiquer aux organismes de protection sociale toute information utile à l'accomplissement de leur mission de recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations versées indûment. »

M. le président. L'amendement n° 124, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 5 et 6

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à supprimer l'accès de certaines entreprises privées au RNCPS. Ce répertoire national a vocation à rester alimenté et consulté exclusivement par les organismes de protection sociale. L'administration fiscale elle-même n'y a pas accès. En vertu de quoi devrait-on l'ouvrir à des entreprises privées ?

On peut par ailleurs s'interroger sur les modalités de cet accès. Comment une entreprise découvrant que l'un de ses clients bénéficie d'un tarif préférentiel sans y avoir droit serait-elle habilitée à réagir ? Il paraît préférable de laisser à l'entreprise le droit de demander aux organismes de protection sociale des précisions sur tel ou tel client afin de s'assurer que le tarif préférentiel est bien justifié, mais aller au-delà serait dangereux.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Les entreprises privées qui demanderaient l'accès au RNCPS ne pourront disposer que de la confirmation de l'existence d'une prestation ouvrant droit aux tarifs sociaux et aux dates de validité associées. Il s'agit des mêmes informations demandées aujourd'hui par les entreprises. Les autres données du RNCPS, en tout état de cause, ne seront pas accessibles.

Les finalités sont de vérifier la déclaration faite par l'usager, déclaration sur l'honneur lors du renouvellement, mais aussi de simplifier et de faciliter les démarches des personnes qui y ont droit. On ne donnera pas accès à plus d'informations que celles qui sont déjà accessibles aujourd'hui.

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

M. René-Paul Savary. Je partage le point de vue de Mme la ministre. Le RNCPS constitue véritablement une avancée permettant de détecter un certain nombre de fraudes, notamment par le biais du *data mining*. La plupart des minima sociaux et des prestations sociales étant par nature déclaratifs, ce répertoire permet de croiser les fichiers et, en cas d'anomalies portant sur les différents renseignements communiqués, de déclencher un mécanisme pour tenter de les expliquer, avant même de parler de fraude.

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Au vu des explications avancées par Mme la ministre, nous allons retirer cet amendement. Quoi qu'il en soit, compte tenu de l'extrême sensibilité de ce registre, nous estimons que l'État est garant de sa sécurité.

Je retire l'amendement.

M. le président. L'amendement n° 124 est retiré.

L'amendement n° 125, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) Les mots : « est habilitée à » sont remplacés par les mots : « doit » ;

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

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à obliger l'autorité judiciaire à communiquer aux organismes de protection sociale tout élément susceptible de les intéresser dans la lutte contre la fraude.

L'autorité judiciaire est obligée de communiquer tout élément intéressant la lutte contre la fraude aux administrations fiscales. Il nous paraît donc tout à fait normal et souhaitable que cette même obligation se retrouve en matière de fraude sociale.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 125.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 126, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Au quatrième alinéa de l'article 706-161 du code de procédure pénale, après les mots : « sur décision de justice », sont insérés les mots : « ou qui sont susceptibles de l'être ».

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement tend à élargir le rôle d'information de l'Agence de recouvrement des avoirs saisis et confisqués, l'AGRASC, vis-à-vis des organismes de protection sociale.

Cet amendement vise à étendre le délai entre la « décision de restitution » prononcée et la liquidation opérée par l'AGRASC, en étendant la possibilité d'information de l'AGRASC, non seulement aux biens qui font l'objet d'une « décision de restitution », mais aussi à ceux qui sont susceptibles de l'être. Ce délai supplémentaire permettra aux créanciers sociaux de disposer de plus de temps pour préparer leur titre juridique.

C'est donc une mesure de bon sens, qui permettra aux créanciers de rentrer plus facilement dans leurs droits.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

Il n'appartient pas à l'AGRASC de déterminer quels sont les biens saisis susceptibles de restitution. Tout bien saisi l'est donc potentiellement jusqu'à ce que la juridiction se soit prononcée sur son éventuelle confiscation.

S'il était adopté, cet amendement conduirait donc à une information systématique de toute saisie opérée, quel qu'en soit le montant. Au-delà du caractère inapplicable d'une telle obligation, cet amendement créerait un dispositif sans aucun équivalent pour les autres créanciers publics.

Par ailleurs, comme de très nombreuses saisies portent sur des montants très faibles, cela induirait une charge de travail supplémentaire pour les organismes de protection sociale, en vue d'obtenir des informations totalement inexploitable.

M. le président. Monsieur le rapporteur général, l'amendement n° 126 est-il maintenu ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 126.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 59, modifié.

(L'article 59 est adopté.)

Article 60

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 114-16 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ③ « Lorsqu'une personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux susceptibles de donner lieu à un remboursement de l'assurance maladie a été sanctionnée ou condamnée, par décision devenue définitive, à une interdiction temporaire ou définitive d'exercer sa profession par une juridiction pénale ou une instance ordinaire, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en est avisé sans délai.

- ④ « Cette information est communiquée par le ministère public près la juridiction pénale ayant prononcé la condamnation définitive ou par le conseil de l'ordre dont la chambre disciplinaire a prononcé la sanction définitive. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 323-6 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Le sixième alinéa est complété par les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1 » ;
- ⑦ b) À la fin de l'avant-dernier alinéa, la référence : « L. 162-1-14 » est remplacée par la référence : « L. 114-17-1 » ;
- ⑧ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑨ 3° Après l'article L. 323-6, il est inséré un article L. 323-6-1 ainsi rédigé :
- ⑩ « *Art. L. 323-6-1.* – L'employeur subrogé dans les droits de son salarié en arrêt de travail informe par tout moyen l'organisme local d'assurance maladie assurant le service de l'indemnité journalière de la reprise anticipée du travail par ce salarié.
- ⑪ « En cas de manquement par l'employeur à cette obligation et si ce manquement a occasionné le versement indu d'indemnités journalières, il peut être prononcé à son encontre une sanction financière dans les conditions prévues à l'article L. 114-17-1.
- ⑫ « L'organisme d'assurance maladie procède à la récupération des indemnités journalières auprès de l'employeur dans les conditions prévues à l'article L. 133-4-1. »
- ⑬ II. – Le 1° du I est applicable aux condamnations ou sanctions prononcées à compter du 1^{er} janvier 2017.
- ⑭ Le 3° du I est applicable aux reprises d'activité des salariés intervenant à compter du 1^{er} janvier 2017.

M. le président. L'amendement n° 451, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Compléter cet alinéa par les mots :

et diffuse cette information à l'ensemble des organismes mentionnés à l'article L. 160-17

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement prévoit l'obligation, pour le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de diffuser auprès des caisses primaires l'information de toute condamnation d'un professionnel de santé.

En confiant ainsi la diffusion à l'autorité de gestion de toutes les caisses, on est assuré qu'elle sera globale et homogène.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 451.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 127, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 4

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes indûment versées par l'organisme de prise en charge font l'objet d'une récupération dans les conditions définies par le troisième alinéa de l'article L. 133-4. » ;

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement précise les conditions de récupération des remboursements indus consécutifs à des prescriptions formulées par des professionnels indéclicats.

L'amendement est de simple justice. Les conditions de droit commun ne sont pas toujours clairement déterminées entre articles. C'est pourquoi notre amendement tient à clairement signifier qu'en cas de remboursement indu causé par un professionnel de santé sanctionné ou condamné, c'est ce dernier qui doit rembourser.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 127.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 128 rectifié, présenté par M. Vanlerenberghe, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 5

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° D'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité intervenant avant l'écoulement du délai de l'arrêt de travail. » ;

II. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Au I de l'article 20-7-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, remplacer le mot : « sixième » par le mot : « septième ».

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement précise les modalités d'information de la caisse en cas de retour anticipé au travail du salarié en arrêt de travail.

L'amendement tend simplement à ce que les dispositifs soient bien symétriques. L'article 60 fait peser sur l'employeur subrogé au salarié un devoir d'information de la caisse en cas de retour anticipé au travail ; je souhaite que ce devoir d'information soit affirmé à l'égard du salarié quand l'employeur n'est pas subrogé.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Jamais deux sans trois : avis favorable ! (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 128 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 60, modifié.

(L'article 60 est adopté.)

Vote sur l'ensemble de la quatrième partie

M. le président. Avant de mettre aux voix l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi, je donne la parole à M. Yves Daudigny, pour explication de vote.

M. Yves Daudigny. Malgré cette très belle unanimité sur les derniers amendements, le groupe socialiste et républicain s'abstiendra sur cette quatrième partie au vu des modifications apportées par la majorité sénatoriale.

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

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Au terme de l'examen de ce PLFSS et des 450 amendements déposés par les sénateurs, nous nous trouvons devant un texte profondément modifié par rapport à celui qu'avait voté l'Assemblée nationale.

Le Gouvernement, et c'est bien entendu son droit, entendait démontrer, au terme du quinquennat, qu'il avait définitivement réussi à rétablir l'équilibre de comptes que son prédécesseur aurait laissé partir à la dérive.

La majorité sénatoriale a marqué son désaccord de fond avec cette approche.

Elle a rappelé l'impact décisif de la réforme des retraites de 2010 sur l'amélioration des comptes. Elle a souligné que l'équilibre n'était pas encore au rendez-vous, qu'une partie de la dette n'était pas encore financée, qu'une bonne partie de la résorption du déficit venait de prélèvements supplémentaires ou des économies réalisées sur la branche famille, que les perspectives à moyen terme, tant en matière de retraite que de maladie, se fondaient sur des hypothèses bien trop optimistes.

Ce désaccord s'est traduit par le rejet des objectifs de dépenses et de recettes, par la suppression, également, de certaines mesures de transfert ou de ponction principalement destinées à améliorer artificiellement la présentation des comptes.

Comme l'a rappelé M. le rapporteur général lors du vote de la troisième partie, la loi organique nous permet de marquer ce désaccord sans pour autant rejeter l'ensemble du texte. Nous avons donc pu mener jusqu'à son terme la discussion sur l'ensemble des dispositions législatives du PLFSS, ce qui nous satisfait particulièrement.

Certains articles ont été supprimés. Je pense en particulier à ceux qui étaient relatifs aux clauses de désignation pour la couverture prévoyance en entreprise, à la négociation conventionnelle avec les chirurgiens-dentistes ou aux tarifs de radiologie. D'autres ont été adoptés conformes, comme celui qui porte sur la fiscalité du tabac à rouler. Enfin, de nombreuses dispositions ont été modifiées – je pense, par exemple, au régime des activités réalisées à partir des plates-formes numériques et aux articles relatifs au médicament – et près de vingt articles additionnels ont été ajoutés.

Je précise que des amendements de tous les groupes, du Gouvernement et, bien sûr, de la commission ont été adoptés.

M. Jean Desessard. Absolument !

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales. Sur de nombreuses questions qui concernent très directement la protection sociale de nos concitoyens, nous avons pu débattre de manière approfondie, et je remercie

l'ensemble des intervenants, tout particulièrement M. le secrétaire d'État Christian Eckert et Mme la ministre Marisol Touraine.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Le groupe écologiste ne votera pas cette quatrième partie.

Je voudrais toutefois remercier M. le président de la commission et M. le rapporteur général d'avoir permis le débat sur ce PLFSS, alors que nous savons qu'une motion tendant à opposer la question préalable sera déposée sur le projet de loi de finances. Nos discussions ont été approfondies, même si les conclusions ne vont pas toujours dans le sens souhaité par les écologistes.

Je veux aussi remercier les différents rapporteurs, de même que Mme la ministre, pour leurs explications pédagogiques franches et précises. Ce fut vraiment très agréable de vous entendre argumenter, y compris contre nos propositions. Il est toujours appréciable de constater qu'elles sont prises en considération et qu'on leur oppose un argumentaire sérieux.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Nous étions déjà en désaccord avec le texte initial ; nous n'allons pas voter un texte que les différentes modifications apportées par la majorité sénatoriale ont aggravé.

Lors de l'examen de ce dernier PLFSS avant les élections – faut-il d'ailleurs y voir une relation de cause à effet ? –, j'ai trouvé qu'il y avait plus d'écoute et d'échanges argumentés entre nous que lors de la discussion des précédents, et j'ai beaucoup apprécié. En effet, c'est dans la confrontation des idées que l'on peut construire des positions et réfléchir à un certain nombre de cheminements.

Jusqu'à présent, lors de la discussion des précédents PLFSS, la plupart de nos propositions étaient balayées d'un revers de main au terme de commentaires très succincts.

En l'occurrence, nous avons eu un véritable échange. Nous sommes ici pour légiférer et, même si notre discussion a été quelque peu morcelée par le calendrier parlementaire, il est important, sur cette question primordiale du budget de notre système de protection sociale, de prendre le temps du débat.

On le sait, la santé pour toutes et tous, partout sur le territoire, est un problème très important pour les Françaises et les Français. Je regrette d'ailleurs que l'on ne trouve aucun commentaire sur nos débats dans la presse, laquelle est aujourd'hui presque exclusivement mobilisée par les primaires. Il me semble pourtant que les sujets que nous avons abordés depuis une semaine avec beaucoup d'esprit de responsabilité devraient faire la une des journaux, parce qu'ils concernent la vie quotidienne de nos concitoyens.

Je voudrais enfin, en conclusion, remercier les rapporteurs, Mme la ministre de la santé et aussi M. Eckert, qui a fait un effort particulier de pédagogie.

M. Jean Desessard. Je l'avais oublié !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous voilà parvenus non pas au terme de nos débats, mais à la fin de la première lecture.

La navette va se poursuivre et je crois, moi aussi, que nous avons eu des discussions ouvertes, claires, qui révèlent des choix différents en matière de protection sociale, de santé, de retraites et de politique familiale. Je ne reviendrai pas sur ces divergences que vous avez évoquées rapidement, monsieur le président de la commission.

Au fond, c'est une bonne chose. Cela montre que, derrière ces batailles de chiffres – un PLFSS, c'est un texte budgétaire, avec des mesures techniques et des dispositions qui ne sont pas aisément compréhensibles par le grand public –, il y a des enjeux humains, sociaux, ainsi que des conceptions différentes de notre modèle social et des services d'accompagnement que nous souhaitons proposer à nos concitoyens.

Je me réjouis à mon tour de la qualité de nos débats tout au long de cette semaine. Ils furent constructifs, francs et ouverts. Je remercie chacune et chacun des intervenants, plus particulièrement le président de la commission des affaires sociales, qui fait toujours preuve d'une grande ouverture d'esprit, et qui sait rester constructif et courtois. Je remercie également le rapporteur général et l'ensemble des rapporteurs, qui ont cherché à s'inscrire dans une démarche de dialogue, d'échanges et d'apaisement.

Je remercie plus particulièrement celles et ceux qui sont présents ce vendredi soir, sans oublier les autres. À travers vous, monsieur le président, je remercie également tous les présidents de séance qui se sont succédé au plateau, de même que les fonctionnaires du Sénat, notamment ceux de la commission.

Au-delà de ces remerciements et du rappel de nos divergences politiques, au sens fort du terme, je voudrais en conclusion évoquer un souvenir plus dramatique. L'année dernière, un certain vendredi 13 novembre 2015, nous étions ensemble, à la même heure, et nous nous réjouissions d'avoir terminé l'examen des articles du PLFSS. La joie fut malheureusement de courte durée, et je tenais ce soir à avoir une pensée pour les victimes des attentats survenus quelques heures après, en formant le vœu que de tels drames ne se produisent plus.

M. le président. Personne ne demande plus la parole?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(La quatrième partie du projet de loi est adoptée.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des articles de ce texte.

Je vous rappelle que les explications de vote sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et le vote par scrutin public se dérouleront mardi 22 novembre.

9

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mardi 22 novembre 2016 :

À quinze heures quinze : explications de vote des groupes sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017.

De seize heures à seize heures trente : vote solennel par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017. Ce scrutin sera organisé en salle des conférences, avec la possibilité d'une seule délégation de vote par sénateur.

À seize heures trente : proclamation du résultat du scrutin public solennel sur l'ensemble du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017.

À seize heures quarante-cinq : questions d'actualité au Gouvernement.

À dix-sept heures quarante-cinq :

Désignation des vingt et un membres de la commission d'enquête sur les frontières européennes, le contrôle des flux des personnes et des marchandises en Europe et l'avenir de l'espace Schengen.

Désignation des vingt et un membres de la commission d'enquête sur la réalité des mesures de compensation des atteintes à la biodiversité engagées sur des grands projets d'infrastructures, intégrant les mesures d'anticipation, les études préalables, les conditions de réalisations et leur suivi dans la durée.

Désignation des vingt-sept membres de la mission d'information sur le thème : « Démocratie représentative, démocratie participative, démocratie paritaire : comment décider avec efficacité et légitimité en France en 2017 ? ».

Désignation des vingt et un membres de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France.

Débat sur les conclusions du rapport : 2006-2016 : *un combat inachevé contre les violences conjugales*.

Le soir : proposition de résolution européenne sur l'inadaptation des normes agricoles et de la politique commerciale européenne aux spécificités des régions ultrapériphériques, présentée en application de l'article 73 *quinquies* du règlement, par M. Michel Magras et plusieurs de ses collègues (n° 65, 2016-2017).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-huit heures cinquante.)

Direction des comptes rendus

GISÈLE GODARD

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL de la séance du vendredi 18 novembre 2016

SCRUTIN N° 66

sur l'amendement n° 371 rectifié, présenté par M. Dominique Watrin et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, tendant à insérer un article additionnel après l'article 46 du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2017, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	325
Suffrages exprimés	315
Pour	20
Contre	295

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (143) :

Contre: 141

N'ont pas pris part au vote: 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (109) :

Contre: 109

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Contre: 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (20) :

Pour: 20

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

N'ont pas pris part au vote: 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Abstention: 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre: 3 MM. Philippe Adnot, Jean Louis Masson, Alex Türk

N'ont pas pris part au vote: 4

Ont voté pour :

Patrick Abate	Michel Billout	Laurence Cohen
Éliane Assassi	Éric Bocquet	Cécile Cukierman
Marie-France Beauflis	Jean-Pierre Bosino	Annie David

Michelle Demessine
Évelyne Didier
Christian Favier
Thierry Foucaud

Philippe Adnot
Pascal Allizard
Michèle André
Maurice Antiste
Alain Anziani
David Assouline
Dominique Bailly
Gérard Bailly
François Baroin
Philippe Bas
Delphine Bataille
Christophe Béchu
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Annick Billon
Jean Bizet
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonhecarrère
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Gilbert Bouchet
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
François-Noël Buffet
Henri Cabanel
Olivier Cadic
Jean-Pierre Caffet
François Calvet
Pierre Camani
Christian Cambon
Claire-Lise Champion
Agnès Canayer
Michel Canévet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capo-Canellas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvouanas
Caroline Cayeux
Bernard Cazeau
Gérard César
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon

Brigitte Gonthier-Maurin
Gélita Hoarau
Pierre Laurent

Ont voté contre :

Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Jacques Chiron
Olivier Cigolotti
Karine Claireaux
Gérard Collomb
François Commeinhes
Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Gérard Cornu
Roland Courteau
Philippe Dallier
René Danesi
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Yves Daudigny
Marc Daunis
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Michel Delebarre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaulx
Chantal Deseyne
Félix Desplan
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Josette Durrieu
Louis Duvernois
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Jean-Paul Émorine
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat

Michel Le Scouarnec
Christine Prunaud
Bernard Vera
Dominique Watrin

Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Michel Fontaine
Michel Forissier
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Jean-Claude Frécon
Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Catherine Génisson
Samia Ghali
Bruno Gilles
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Colette Giudicelli
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Charles Guené
Joël Guerriau
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Loïc Hervé
Odette Herviaux
Michel Houel
Alain Houpert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Éric Jeansannetas
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Gisèle Jourda
Alain Joyandet

Philippe Kaltenbach Christiane Kammermann Antoine Karam Roger Karoutchi Fabienne Keller Guy-Dominique Kennel Claude Kern Bariza Khiari Georges Labazée Bernard Lalande Marc Laménie Élisabeth Lamure Serge Larcher Jean-Jacques Lasserre Robert Lafoaolu Daniel Laurent Nuihau Laurey Jean-Yves Leconte Antoine Lefèvre Jacques Legendre Dominique de Legge Jean-Pierre Leleux Jean-Baptiste Lemoyne Jean-Claude Lenoir Claudine Lepage Jean-Claude Leroy Philippe Leroy Valérie Létard Marie-Noëlle Lienemann Anne-Catherine Loisier Jean-François Longeot Gérard Longuet Vivette Lopez Jeanny Lorgeoux Jean-Jacques Lozach Jean-Claude Luche Roger Madec Philippe Madrelle	Jacques-Bernard Magner Michel Magras Claude Malhuret Christian Manable Didier Mandelli Alain Marc François Marc Didier Marie Hervé Marseille Patrick Masclat Jean-Pierre Masseret Jean Louis Masson Hervé Maurey Jean-François Mayet Rachel Mazuir Pierre Médevielle Colette Mélot Marie Mercier Michel Mercier Michelle Meunier Danielle Michel Brigitte Micouleau Alain Milon Gérard Miquel Thani Mohamed Soilihi Marie-Pierre Monier Franck Montaugé Albéric de Montgolfier Patricia Morhet- Richaud Catherine Morin- Desailly Jean-Marie Morisset Philippe Mouiller Philippe Nachbar Christian Namy Louis Nègre Alain Néri Louis-Jean de Nicolaj Claude Nougéin	Jean-Jacques Panunzi Georges Patient François Patriat Philippe Paul Cyril Pellevat Daniel Percheron Marie-Françoise Perol- Dumont Cédric Perrin Jackie Pierre François Pillet Xavier Pintat Rémy Pointereau Ladislás Poniatowski Hugues Portelli Yves Pozzo di Borgo Sophie Primas Catherine Procaccia Jean-Pierre Raffarin Henri de Raincourt Michel Raison Daniel Raoul Jean-François Rapin Claude Raynal André Reichardt Daniel Reiner Bruno Retailleau Charles Revet Alain Richard Stéphanie Riocreux Didier Robert Sylvie Robert Gérard Roche Gilbert Roger Yves Rome Jean-Yves Roux Bernard Saugey René-Paul Savary Michel Savin Patricia Schillinger Bruno Sido	Abdourahamane Soilihi Jean-Pierre Sueur Simon Sutour Henri Tandonnet Catherine Tasca Lana Tetuanui Nelly Tocqueville Jean-Louis Tourenne	André Trillard Catherine Troendlé Alex Türk René Vandierendonck Jean-Marie Vanlerenberghe Michel Vaspart Alain Vasselle Yannick Vaugrenard	Hilarion Vendégou Michel Vergoz Jean-Pierre Vial Maurice Vincent Jean Pierre Vogel Evelyne Yonnet Richard Yung François Zocchetto
				Abstentions :	
			Leila Aïchi Aline Archimbaud Esther Benbassa	Marie-Christine Blandin Corinne Bouchoux Ronan Dantec	Jean Desessard André Gattolin Joël Labbé Hervé Poher
				N'ont pas pris part au vote :	
			Michel Amiel Guillaume Arnell Gilbert Barbier Alain Bertrand Michel Bouvard Joseph Castelli Yvon Collin Pierre-Yves Collombat	Philippe Esnol François Fortassin Frédérique Gerbaud Jean-Noël Guérini Robert Hue Mireille Jouve Françoise Laborde Hermeline Malherbe	Jacques Mézard Robert Navarro David Rachline Stéphane Ravier Jean-Claude Requier Raymond Vall
				N'a pas pris part au vote :	
			M. Gérard Larcher - Président du Sénat.		
			Les nombres annoncés en séance avaient été de :		
			Nombre de votants	326	
			Nombre des suffrages exprimés	316	
			Pour l'adoption	20	
			Contre	296	
			Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformé- ment à la liste ci-dessus.		