

LUNDI 14 NOVEMBRE 2011

Financement de la sécurité sociale pour 2012 (*Suite*)

SOMMAIRE

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 (Suite).....	1
<i>Candidatures à une éventuelle CMP</i>	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
Article 37	1
Articles additionnels	2
Article 37 <i>bis</i>	7
Article additionnel	8
Article 38	8
Articles additionnels	8
Article 58 <i>bis</i>	13
Articles additionnels	14
Article 59	16
Articles additionnels après l'article 35	16
Article 35 <i>bis</i>	23
Article 35 <i>quater</i>	23
Article 35 <i>quinquies</i>	23
Article additionnel	24
Article 35 <i>sexies</i>	24
Articles additionnels	25
Article 36	25
Articles additionnels	29
Article 36 <i>bis</i>	29
Article 39	30
Article additionnel	30
Article 40	30
Articles additionnels	31
Article 42	32
Article 45	33
Article 46	33
Articles additionnels	34
Article 47	35
Article 48	35
Articles additionnels	36
Article 49	38
Articles additionnels	39
Article 51	40
Articles additionnels	41
Article 51 <i>septies</i>	42
Article 53	42
Articles additionnels	43
Article 54	45
Article 55	45
Article 55 <i>bis</i>	46
Article 55 <i>ter</i>	46
Article additionnel	46
Article 56	47
Article 61	47
Article 62 <i>bis</i>	47
Article 62 <i>ter</i>	47
Articles additionnels	48
Article 63	50
Articles additionnels	52
Article 63 <i>quater</i>	52
Article 63 <i>quinquies</i>	53
Article 64	53
Article 67	53
Articles additionnels	54
<i>Vote sur l'ensemble</i>	54
<i>Nominations à une éventuelle CMP.....</i>	57

SÉANCE du lundi 14 novembre 2011

19^e séance de la session ordinaire 2011-2012

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE CARLE,
VICE-PRÉSIDENT

SECRÉTAIRE : M. JEAN DESESSARD.

La séance est ouverte à 10 h 30.

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

Financement de la sécurité sociale pour 2012 (Suite)

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 2012.

Candidatures à une éventuelle CMP

M. le président. – La commission des affaires sociales a désigné les candidats qu'elle présentera si le Gouvernement demande la réunion d'une CMP sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Ces candidatures ont été affichées.

Discussion des articles (Suite)

M. le président. – Dans la discussion des articles, nous allons d'abord examiner les articles appelés par priorité, de l'article 37 à l'article 59.

Article 37

M. le président. – Amendement n°31, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social. – Qui ne souhaite l'amélioration de la qualité des soins ? Nous n'avons pas d'objection à ce qu'on tente de l'évaluer, mais la généralisation du mode de calcul du forfait soins en fonction d'indicateurs d'efficacité nous pose problème car tous les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (Ehpad) ne sont pas égaux du point de vue de la tarification. En

outre, la réforme tarifaire de 2009 n'est toujours pas entrée en vigueur.

Dans un contexte aussi mouvant, il nous paraît préférable de supprimer cet article.

M. le président. – Amendement identique n°85 rectifié, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Mme Isabelle Pasquet. – Nous ne sommes pas favorables à une expérimentation qui risque d'accentuer les disparités entre les Ehpad, avec une prise en charge à deux vitesses. Les critères de performance inciteront les établissements à refuser les personnes qui ont le plus besoin d'un hébergement, car ils manquent de personnel.

M. le président. – Amendement identique n°298 rectifié, présenté par Mme Escoffier, MM. Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Plancade, Requier, Tropeano et Vall.

Mme Anne-Marie Escoffier – Nous avons souvent appelé l'attention sur la situation des Ehpad. L'article 37 prévoit une expérimentation de trois ans pour valider les indicateurs de qualité de la prise en charge dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

Les établissements sont dans l'incapacité d'élaborer leurs budgets et le forfait global ne ferait qu'empirer la situation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale. – L'expérimentation vise à améliorer l'efficacité par la modulation de la dotation aux établissements en fonction des soins proposés. Mais il n'y aura pas de diminution ! Je dirai même : au pire, c'est mieux ! Une part variable est mise en œuvre, liée à la qualité : tous les acteurs, agences régionales de santé (ARS), établissements, souhaitent cette expérimentation.

L'incitation financière est pertinente, car il existe dans bien des établissements des marges de progression !

Aucune instabilité financière ne découlera de cette disposition. Un bilan annuel sera établi et un rapport d'évaluation publié avant une éventuelle généralisation.

Défavorable.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Il y a trois ans, une réforme de la tarification a été votée et le décret n'est toujours pas publié. La récente circulaire aux ARS montre que vous préférez en retarder la parution pour attendre le résultat du débat sur la dépendance. Mais rien n'a été décidé après ce débat. On en arrive donc à ce qu'une circulaire soit opposée à une loi ! C'est une situation déroutante... Nous sommes donc réservés sur une nouvelle modification. Ces critères

supplémentaires de modulation de la dotation nous semblent inopportuns.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Le rapporteur change de cheval et d'argumentation... Nous avons fait un gros travail d'affinement des critères et la modulation « crantée » s'ajoute à des dotations plus importantes.

Si l'expérimentation est concluante, nous la généraliserons. Elle ne contredit pas la tarification à la ressource décidée en 2009. J'ai décidé de ne pas rouvrir la tarification globale en 2012 mais j'ai demandé une étude pour connaître la situation exacte des établissements et le rapport entre le coût réel de la prise en charge et son coût théorique. Rien ne s'oppose à ce que les deux exercices soient menés de front.

M. Jacky Le Menn. – Je regrette que le Gouvernement n'ait pas, comme l'avait annoncé M. Sarkozy, déposé un projet de loi sur la perte d'autonomie. Le secteur médico-social représente 10 % des dépenses d'assurance maladie. Nous comprenons la maîtrise des dépenses mais on ne saurait tout demander aux mêmes. Or la fongibilité asymétrique de la loi HPST est remise en cause.

Ce ne peut être que mieux ? Sans doute mais une extrême prudence s'impose. Les grandes fédérations sont opposées à cette expérimentation. Le Gouvernement veut faire dépendre le forfait global de nouveaux critères alors que les précédentes dispositions n'ont pas été appliquées ni évaluées.

Ne mettons pas la charrue avant les bœufs ! Nous voterons l'amendement.

M. Gérard Dériot. – La politique gouvernementale consiste à améliorer la prise en charge et à développer les services à domicile. Le problème exige certes un peu de temps pour être examiné dans le détail mais les départements supportent de lourdes charges et l'article 37 contribuera à une meilleure prise en charge par les Ehpad. Il représente donc une avancée.

La qualité des soins n'est pas un simple objectif mais un impératif immédiat. Elle peut avoir aussi des conséquences sur l'assurance maladie en évitant, par exemple, des hospitalisations pour chute. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie souligne qu'une rationalisation de l'organisation des soins en Ehpad pourrait faire économiser 2 milliards d'euros à l'assurance maladie.

Mme Anne-Marie Escoffier. – Les directeurs, le personnel des Ehpad sont très inquiets. Ils attendent toujours de connaître leurs budgets. Les départements ne savent pas comment faire. Je crois à la valeur de l'expérimentation mais vous n'avez pas toujours apporté la preuve que les dispositifs votés seraient appliqués...

Les amendements identiques n^{os} 31, 85 rectifié et 298 rectifié sont adoptés.

L'article 37 est supprimé.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°87 rectifié, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

Mme Isabelle Pasquet. – La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a rendu obligatoire la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils. Ce contrat se substitue aux conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale. Or les effets peuvent être désastreux pour les établissements qui ne disposent plus de marges de manœuvre. Il est possible de revenir en arrière puisque le décret n'est pas paru.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – L'arrêté n'a pas été pris, et nous souhaitons nous aussi des précisions. Mais la contractualisation est utile pour les gestionnaires. Retrait ou défavorable, comme à l'amendement n°88 rectifié.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Les Cpom sont indispensables ! Quel est le seuil adéquat, nous y réfléchissons. Quant à l'amendement n°88 rectifié, c'est un cavalier social !

L'amendement n^{os} 87 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°88 rectifié.

M. le président. – Amendement n°32 rectifié *bis*, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le septième alinéa du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La convention pluriannuelle est conclue pour une durée de cinq ans. Six mois avant son arrivée à échéance, le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé font connaître aux établissements les modalités de renouvellement de la convention pluriannuelle. Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de l'établissement, de l'incapacité des parties à s'accorder sur le contenu de la nouvelle convention ou d'un refus

de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général pour des raisons financières, elle fait l'objet d'un avenant de prorogation, d'une durée maximale d'une année au terme de laquelle la convention est renouvelée dans les conditions fixées au présent article ainsi qu'à l'article L. 314-2 du présent code. Cet avenant de prorogation est conclu par les parties signataires de la convention pluriannuelle initiale avant sa date d'échéance. »

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – La commission des affaires sociales s'inquiète du non-renouvellement de certaines conventions tripartites conclues entre les Ehpad et les unités de soins de longue durée. Les pouvoirs publics limitent ainsi les engagements financiers nouveaux mais ce non-renouvellement est en contradiction avec l'article L. 313-12 du code.

L'amendement n°263 rectifié n'est pas défendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je comprends votre souci de ne pas laisser dans la difficulté des Ehpad qui ne pourraient pas accueillir de nouvelles personnes. Mais votre solution créerait des difficultés, un avenant aux conventions serait indispensable. Le retard du renouvellement ne s'est dans aucun cas traduit par une raréfaction des moyens. En 2012, 83 000 places seront créées ! Retrait ou rejet.

L'amendement n°32 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°159, présenté par M. S. Larcher et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones géographiques afin de tenir compte des facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée. »

M. René Teulade. – Dans les DOM, la situation financière des Ehpad est tendue du fait des charges sociales et fiscales. La tarification à l'activité a conduit à une première modulation des dotations. Un coefficient géographique compense les écarts de coût du foncier et des achats. L'amendement vise à donner une assise juridique à ce coefficient.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Nous partageons ce souci. Favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Une confusion s'installe ! Je n'ai jamais refusé une

modulation géographique mais le forfait soins n'a pas vocation à couvrir les charges immobilières ! Quant aux autres prestations, nous ne disposons pas d'étude globale sur les écarts de coûts. Le Gouvernement a amendé l'article 38 pour élargir les compétences de l'Agence de l'information et de l'hospitalisation (Atih). Nous pourrions lui demander une étude sur les coûts.

Retrait.

L'amendement n°159 est adopté.

M. le président. – Amendement n°124 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 314-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-5-1. – I. Au sein de chacun des objectifs nationaux de dépenses relevant des articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4, les ministres mentionnés aux articles précités peuvent fixer un sous objectif destiné à permettre le financement de missions d'intérêt général.

« La liste de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'action sociale.

« II. – Au sein de chaque objectif de dépense, le montant annuel dédié au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionné au I est réparti en dotations régionales dans les mêmes conditions que l'ensemble des enveloppes mentionnées aux articles L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4.

« L'autorité de tarification compétente au niveau régional fixe par arrêté les forfaits afférents au financement de ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

« Ces forfaits font l'objet d'une imputation comptable, dans les établissements et services, distincte de celle afférente aux produits de la tarification.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres.

« III. – Les forfaits afférents au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation peuvent être attribués directement aux sièges sociaux agréés mentionnés au VI de l'article L. 314-7 et aux groupements de coopération mentionnés à l'article L. 312-7.

« L'utilisation de ces forfaits fait l'objet d'un compte rendu d'exécution et d'un compte d'emploi propres. »

Mme Isabelle Pasquet. – L'an dernier, M. Daudigny avait présenté cet amendement, utile pour instaurer un financement spécifique des Ehpad et pour reconnaître leur apport particulier dans la prise en

charge médico-sociale. Ce qui existe aujourd'hui ne suffit pas : toutes les dépenses ne sont pas couvertes par la tarification à la ressource.

M. le président. – Amendement identique n°153, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

M. Jacky Le Menn. – La reconnaissance et le financement dans le secteur médico-social, à l'instar de ce qui se fait dans le secteur sanitaire, des missions d'intérêt général, permettraient de régler de nombreuses difficultés récurrentes qui pèsent sur les tarifs et le « reste à charge » des résidents. L'amendement de M. Daudigny n'a pas été adopté l'an dernier, le Gouvernement assurant que cette disposition devrait trouver sa place dans le texte sur le cinquième risque.

Le secteur médico-social, compte tenu de son développement et de sa structuration, a pourtant besoin d'enveloppes spécifiques pour des missions d'intérêt général complémentaires. Le forfait spécifique s'ajoute au tarif de l'exercice, il ne le modifie pas. Il évite aux Ehpad de majorer les tarifs des résidents et donc réduit les « reste à charge ».

Le contenu des enveloppes serait fixé par arrêté ministériel, pour assurer la formation spécifique du personnel, des recrutements en période de canicule, et autres dépenses non couvertes par la tarification à la ressource. On pourrait ainsi ne pas pénaliser les structures aujourd'hui invitées à s'inscrire dans des logiques de maîtrises des coûts et de convergence tarifaire.

Il s'agit de ne pas pénaliser les établissements. Le financement de ces missions fait aujourd'hui l'objet de circulaires annuelles. Autant dire que les crédits sont disponibles dans le budget du ministère.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Ces amendements s'inscrivent dans la continuité. Favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – À l'hôpital, la tarification à l'activité est complétée par des dotations finançant des missions d'intérêt général (MIG). Le système proposé pour les établissements est sympathique mais l'amendement n'est pas gagé et se traduit par une forte augmentation de l'Ondam médico-social, dont la part consacrée aux personnes âgées croît déjà de 6 % !

Les amendements identiques n°s 124 rectifié et 153 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°152 rectifié, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-9-1. – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, du conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'État. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1. »

M. Jacky Le Menn. – Les travaux en cours menés par le ministère des solidarités et de la cohésion sociale relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour personnes âgées et personnes handicapées n'ont pas de base législative. L'allocation de ressources est ajustée selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Une disposition législative analogue doit prévoir la publication d'un décret organisant la nouvelle tarification pour les services de soins

infirmiers à domicile. L'importance d'une telle réforme tarifaire requiert que le décret tarifaire soit publié et expliqué aux professionnels très en amont.

Il est prévu que ce décret soit pris au plus tard le 1^{er} janvier 2014, sur la base des résultats de l'étude nationale de coût réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans la continuité des annonces de Mme Bachelot-Narquin. Or cette disposition législative n'a fait l'objet, deux ans après, d'aucun commencement de mise en œuvre.

L'amendement n°266 n'est pas soutenu.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Il s'agit de poser les bases d'un nouveau mode de tarification, auquel nous sommes favorables.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Je suis au moins d'accord avec la nécessité de revoir la tarification des Ssiad, mais une longue concertation est en cours. Le processus a commencé en 2007 : il est très lourd. L'enquête lancée en 2010 porte sur la presque totalité des Ssiad. Il faut ensuite obtenir les observations des fédérations. Le travail aboutira dans le courant 2012. Vos amendements occultent ce travail fait en commun sur un sujet complexe ! Le concept de besoin en soins requis n'est pas forcément pertinent. En outre, les Ssiad ne comportent pas de médecins coordonnateurs susceptibles de remplir la grille.

Je suis donc très défavorable à l'amendement, qui percute tout le travail en cours !

M. Gérard Dériot. – Nous soutenons la démarche entreprise et voterons contre l'amendement même si nous sommes favorables à son principe.

L'amendement n°152 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°214, présenté par Mme Dini et les membres du groupe de l'UCR.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre III est complétée par un article L. 314-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 314-9-1. – Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 peuvent créer un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile.

« Le service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile est autorisé conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général.

« Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile est financé dans le cadre d'une convention pluriannuelle par :

« 1° Un forfait global relatif aux soins déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 314-9-1, fixé par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé ;

« 2° Un forfait globalisé prévu au X de l'article L. 314-1, fixé par arrêté du président du conseil général ;

« 3° Un forfait global afférent aux prestations relatives à la prévention et aux missions d'intérêt général, en application de l'article L. 313-12-3, dont la liste et les modalités de financement sont fixées par décret. »

2° Après l'article L. 313-6, il est inséré un article L. 313-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-6-1. – Sans préjudice des articles L. 7231-1 et L. 7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide et d'accompagnement à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre. »

3° L'article L. 314-1 est complété par un X ainsi rédigé :

« X. – Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés à l'article L. 313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-12-3.

« Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive européenne 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relatif aux services dans le marché intérieur. Il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L. 313-12-1. »

4° La section 3 du chapitre III du titre Ier du livre III est complétée par un article L. 313-12-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 313-12-3. – I. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L. 314-1 précise notamment :

« 1° Le nombre annuel de personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;

« 2° Le plafonnement des heures effectuées en dehors des temps d'interventions directs au domicile des personnes prises en charge;

« 3° Les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide et

d'accompagnement à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L. 312-1, et le classement pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant du 6° du I du même article L. 312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2;

« 4° Les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

« 5° La participation en tant qu'opérateur du schéma régional de prévention prévu aux articles L. 1434-5 et L. 1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation.

« II. – Le forfait globalisé mentionné au X de l'article L. 314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article.

« Un arrêté ministériel définit et encadre les coûts de structure.

« III. – Chaque année, un dialogue de gestion est organisé par les parties signataires afin de mesurer l'atteinte des objectifs, d'analyser les écarts et, si nécessaire, de réajuster les objectifs et les moyens dans le cadre d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

Mme Muguet Dini. – Les services Spasad sont précieux, mais ils ne se développent pas assez. Ils dépendent à la fois de l'Agence régionale et des conseils généraux, avec deux budgets distincts répondant à deux logiques distinctes. Leur régime juridique doit être simplifié.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Ces services polyvalents vont dans le sens du décloisonnement que chacun appelle de ses vœux. L'amendement tend aussi à remodeler la tarification des services non médicaux à domicile. Le nouveau mode de tarification a fait l'objet d'une concertation : sagesse très favorable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – Il y a, dans cet amendement, deux mesures différentes, qui vont bien au-delà de l'objectif affiché. Mais où sont les sources de financement pour élargir les missions des services à la prévention ? L'ADF propose un forfait fixé par le président du conseil général. Mais il faut tenir compte des travaux en cours. Assigner des objectifs supplémentaires à ces services, c'est charger la barque !

Il n'est pas vrai que tout le monde souhaiterait cette mesure, l'Association du service à domicile (ADMR) n'y est pas favorable. Sur ce sujet complexe, il faut expérimenter. J'ai demandé à l'une de vos collègues de l'Assemblée nationale de réfléchir à une évolution du mode de financement. Le fonds de restructuration contribue à la réflexion sur les causes des difficultés des services -car elles sont multiples. On observe des dérives : certaines prestations relèvent des services infirmiers ! Défavorable.

Mme Muguet Dini. – Je voulais alerter sur la nécessité de simplifier les règles.

L'amendement n°214 est retiré.

M. le président. – Amendement n°33 rectifié, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » sont remplacés par les mots : « et les services médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Aux deuxième, troisième et quatrième alinéas, après les mots : « l'établissement », sont insérés les mots : « ou le service ».

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – La loi du 10 août 2011 a modifié l'article L. 314-12 du code de l'action sociale afin de préciser que les professionnels libéraux intervenant dans les Ehpad sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement. Il se trouve en effet que certaines Urssaf avaient requalifié ces interventions en activités salariées soumises aux charges sociales afférentes. Toutefois, son champ d'application se limite aux Ehpad.

Nous souhaitons étendre cette clarification à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

M. le président. – Amendement n°215 rectifié, présenté par Mme Dini et les membres du groupe de l'UCR.

Après l'article 37

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « et les services de soins infirmiers à domicile relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 » ;

2° Aux troisième et quatrième alinéas, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « ou le service ».

Mme Muguet Dini. – La proposition de loi Fourcade a institué une présomption que les interventions des professionnels médicaux et paramédicaux libéraux en Ehpad ne relèvent pas d'un contrat de travail, et donc d'une requalification en salariat avec les charges sociales et fiscales afférentes. Cette disposition doit aussi pouvoir s'appliquer dans les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – L'amendement a le même objet que le nôtre, que nous préférons.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. – L'amendement de Mme Dini me convient mieux. (Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales, ironise) Cela n'a rien de risible ! De toute manière, il s'agit d'un pur cavalier social, dont je doute qu'il puisse prospérer...

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Je maintiens mon amendement.

Mme Catherine Procaccia. – La commission n'a pas été habituée à un positionnement aussi politique. Le rapporteur refuse tous les amendements acceptés par le Gouvernement !

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – N'y voyez pas malice : la commission ne fait que maintenir son amendement.

L'amendement n°33 rectifié est adopté.

L'amendement n°215 rectifié devient sans objet.

Article 37 bis

M. le président. – Amendement n°236, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

I. - Alinéas 1 et 4

Après le mot :

hospitalisation,

insérer les mots :

en établissement de santé avec hébergement

II. - Alinéa 7, première phrase

Après les mots :

la patientèle prise en charge,

insérer les mots :

les modalités de cette prise en charge,

M. Alain Milon. – Si à juste raison l'article vise à éviter des hospitalisations avec hébergement pour des personnes âgées qui peuvent être déstabilisées par cette rupture avec leur environnement habituel, il

laisse supposer que toutes les formes d'hospitalisation sont à éviter. C'est oublier l'hospitalisation à domicile, dans le cadre de laquelle des soins de type hospitalier peuvent être pratiqués au domicile ou à son substitut tels que les Ehpad. Il est bon de rappeler aux Ehpad que cette possibilité existe et mérite d'être développée.

Dans son rapport du 23 juin 2011, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère l'HAD comme l'un des moyens d'optimiser les parcours de soins entre Ehpad et hôpital pour les personnes âgées atteintes de pathologies lourdes.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Mme Procaccia a été entendue : la commission est favorable à son amendement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la cohésion sociale, chargée de la famille. – Favorable.

L'amendement n°236 est adopté.

M. le président. – Amendement n°356, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 2

Remplacer les mots :

et les établissements sociaux et médico-sociaux

par les mots :

, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales

II. - Alinéa 7, première phrase :

Remplacer les mots :

les agences régionales de santé en liaison avec

par les mots :

la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de santé,

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Il faut mieux coordonner les parcours de soins. Nous proposons d'associer les conseils généraux et centres communaux d'action sociale aux expérimentations. De quelle latitude disposeront les ARS ? Jusqu'où ira le découplage des enveloppes financières ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le Gouvernement veut limiter le nombre d'acteurs impliqués dans les expérimentations. Il faut s'appuyer sur l'expertise de la Haute autorité de santé (HAS), et aller vite. Défavorable.

L'amendement n°356 est adopté.

L'article 37 bis, modifié, est adopté, ainsi que l'article 37 ter.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°34, présenté par M. Kerdraon, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 37 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le second alinéa de l'article L. 315-19 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« 1° Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'État pour les fonds qui proviennent :

« a) Des dépôts de garantie reçus des résidents ;

« b) Des fonds déposés par les résidents ;

« c) Des recettes des activités annexes ;

« d) Des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce.

« Les placements sont effectués en titres nominatifs, en titres pour lesquels est établi le bordereau de référence nominative prévu à l'article L. 211-9 du code monétaire et financier ou en valeurs admises par la Banque de France en garantie d'avance.

« Les produits financiers réalisés sont affectés en réserves des plus-values nettes afin de financer les opérations d'investissement ;

« 2° Les décisions mentionnées au 1° du présent article et au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des résultats des opérations réalisées. »

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Cet amendement vise à assouplir les possibilités de gestion de trésorerie des établissements publics sociaux et médico-sociaux. Cette trésorerie reste improductive, alors que les établissements sont confrontés à des lourds besoins d'investissement. Les établissements publics de santé bénéficient d'une plus grande souplesse de gestion.

La commission propose d'autoriser les établissements médico-sociaux, dans des conditions très encadrées, à placer la trésorerie provenant des dépôts de garantie, des fonds déposés et des recettes des activités annexes. Les produits financiers réalisés seront obligatoirement affectés à des opérations d'investissement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Les établissements hospitaliers ne peuvent placer que le produit des recettes de leurs activités subsidiaires. Placer des fonds requiert de l'expertise : faut-il recruter des financiers plutôt que des soignants ? Veut-on que les établissements souscrivent des emprunts toxiques ? Défavorable.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Les établissements hospitaliers ont cette possibilité, pourquoi pas les établissements sociaux et médico-sociaux ? Il s'agit d'investir pour le bien des résidents.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. – Il ne s'agit pas d'investir sur les marchés financiers internationaux, mais de mieux gérer une trésorerie ! Évitions la caricature.

L'amendement n°34 est adopté et devient un article additionnel.

Article 38

Mme Isabelle Pasquet. – Cet article porte à 2 % le taux de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), essentiel pour l'accompagnement des jeunes enfants handicapés. Les centres d'action médico-sociale précoce (CMPS), qui jouent un rôle majeur pour les familles, sont actuellement financés à 80 % par l'assurance maladie et à 20 % par les départements, mais ce double financement n'est plus pertinent. Les départements sont devenus de quasi-opérateurs de l'État ! Nous avons déposé un amendement tendant à organiser les transferts financiers correspondants, mais il a été déclaré irrecevable. Les départements supportent de plus en plus de charges liées à la politique du handicap, comme en témoigne la dette de l'État à leur égard au titre de la PCH.

L'article 38 est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°155, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-1. - Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.

« Les modalités d'application de cet article sont fixés par décret. »

M. Jacky Le Menn. – Pas moins de 40 000 établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent procéder à des évaluations externes

par un organisme extérieur, pour un coût compris entre 10 000 et 20 000 euros. Cet amendement vise à permettre de procéder à une évaluation commune -et non moyenne- de plusieurs services complémentaires gérés par le même organisme gestionnaire afin de réaliser des économies.

M. Ronan Kerdraon. – Une évaluation commune est logique dès lors que les établissements ou services relèvent d'un même contrat pluriannuel et qu'il y a continuité de prise en charge entre eux. L'amendement est bien encadré. Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'évaluation par site, seule, peut rendre compte de l'activité et de la qualité des prestations. Les établissements signataires d'un contrat pluriannuel peuvent relever de champs d'activité différents. Défavorable.

M. Jacky Le Menn. – Une bonne évaluation par site, à coût réduit, est parfaitement possible ! L'évaluation commune d'établissements gérés par un même gestionnaire permettra de faire des économies.

L'amendement n°155 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°128, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 312-8-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 312-8-2. – Les amortissements des évaluations dans les établissements relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 et de l'article L. 313-12 sont répartis entre les différents financeurs selon des modalités fixées par décret. »

Mme Laurence Cohen. – Le coût des évaluations sera très élevé. Il doit être partagé !

M. le président. – Amendement identique n°156, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

M. Jacky Le Menn. – Les évaluations dans les Ehpad vont concerner les projets de soins comme les projets de vie ; il convient qu'il en soit de même de même pour les foyers et services médicalisés pour adultes handicapés.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Les coûts d'évaluation doivent être répartis. Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'amendement ferait peser sur les financeurs -notamment les collectivités locales- et les personnes âgées elles-mêmes une partie des coûts de l'évaluation des établissements. Fixer de nouvelles règles au niveau national, ce serait faire fi de la décentralisation et du dialogue de gestion entre les

autorités compétentes et les directeurs d'établissements. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 128 et 156 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°129, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Les mots : « , y compris expérimentaux, » sont supprimés ;

2° Les mots : « relevant de l'article L. 312-1 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil », sont remplacés par les mots : « relevant du I de l'article L. 312-1, à l'exception des 10° et 12°, ».

Mme Isabelle Pasquet. – Cet amendement vise à exclure de la procédure d'appels à projets les lieux de vie et d'accueil et les structures expérimentales ainsi que les groupes d'entraide mutuelle.

Les lieux de vie et d'accueil reçoivent des jeunes handicapés et des jeunes en rupture qualifiés « d'incasables » dans les autres institutions. Ils répondent à des besoins interdépartementaux et sont financés par les institutions qui leur envoient ces jeunes. Les soumettre à appel à projets, c'est leur imposer une démarche administrative trop lourde.

Deux ans après la loi HPST, le cahier des charges des structures expérimentales n'a toujours pas été publié ! L'appel à projets rendrait impossible la procédure de gré à gré, processus itératif lancé en amont qui permet le montage de projets innovants.

M. le président. – Amendement identique n°157, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

M. Jacky Le Menn. – La nouvelle procédure d'appel à projets s'avère inadaptée à certaines catégories d'établissements et services -les lieux de vie et d'accueil et les structures expérimentales- qui ne peuvent supporter les coûts financiers induits.

Dans la réalité, les promoteurs de projets innovants contactent en amont les financeurs et un dialogue s'ouvre ; la cooptation est souvent payante. L'appel à projets ne facilitera rien et pourrait même encourager les conservatismes.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – La procédure d'appel à projets est-elle la plus adaptée pour ces structures ? Sagesse positive.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le décret sur la tarification a été transmis à l'ADF, une première réunion de travail est programmée. Toutes les structures qui veulent s'étendre doivent répondre à des appels d'offres. Cette procédure est appréciée par

les acteurs, qui fait gagner en transparence et en efficience. Faut-il revenir en arrière ? Je ne le crois pas. Moins de 10 % des conseils généraux ont publié un calendrier prévisionnel de projets programmés ; il faut aider les acteurs à s'approprier cet outil dans un cadre juridique stabilisé.

Les amendements identiques n^{os} 129 et 157 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°127, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les transformations, les mutualisations de moyens et les extensions de capacités programmées dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs ne sont pas soumises à la procédure d'appels à projets prévue à l'article L. 313-1-1. »

Mme Laurence Cohen. – Nous proposons d'exonérer de la procédure d'appels à projets les transformations, les mutualisations de moyens et les extensions de capacités programmées dans le cadre d'un contrat pluriannuel ainsi que les transformations d'agrément d'établissements existants. Il faut éviter de ralentir les projets ou de les rendre précaires. En outre, la procédure actuelle interdirait certaines transformations, telle la requalification des places dans des structures pour jeunes handicapés accueillant des adolescents de plus de 16 ans en maison d'accueil spécialisé. Les acteurs de terrain rencontrent de réelles difficultés.

M. le président. – Amendement identique n°154, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

M. René Teulade. – Il convient de rechercher des économies d'échelles et des gains de productivité dans un jeu gagnant gagnant pour les financeurs, les gestionnaires et les bénéficiaires. D'où notre amendement. À défaut, on risque d'observer des appels à projets de pure forme, pour des opérations dont chacun s'accorderait à reconnaître le bien-fondé.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – La commission est sensible à ce pragmatisme. L'existence d'un contrat pluriannuel mérite d'être prise en compte. Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Une exception de plus, sans aucune analyse ni concertation préalable ? Des exonérations existent déjà et sont opérationnelles ; elles suffisent. L'objectif reste encore et toujours l'adéquation de l'offre aux besoins. Il faut un cadre stable, qui permette à tous les intervenants de se l'approprier. Avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 127 et 154 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°158, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « et les services de soins de longue durée pour personnes âgées relevant du I de l'article L. 313-12 ».

M. Jacky Le Menn. – Le financement de la médicalisation des Ehpad a été unifié au niveau local puisqu'il relève désormais de la seule ARS. Subsistent cependant deux donneurs d'ordre au niveau central, la CNSA et la direction générale de l'offre de soins ; or ces organismes transmettent des consignes différentes, qui ne sont pas sans incidence sur les transferts de charges vers les conseils généraux et les résidents.

Il convient que le pilotage reste aux mains de la CNSA, afin de simplifier le dispositif et de mieux mutualiser les moyens.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – La démarche présente une cohérence certaine... Sagesse positive.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Voulez-vous toujours revenir en arrière ? Il n'y a pas que des personnes âgées en USLD. La répartition a été faite en 2010, et dans l'équité : allons de l'avant. Avis défavorable.

L'amendement n°158 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°126, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 38

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique, après les mots : « avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, » sont insérés les mots : « ou avec une ou plusieurs pharmacies mutualistes, ».

Mme Isabelle Pasquet. – L'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique prévoit que les Ehpad ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur peuvent conclure avec les pharmaciens titulaires d'officine des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein. Cette faculté doit être étendue aux pharmacies mutualistes.

M. le président. – Amendement identique n°147, présenté par M. Le Menn et les membres du groupe Soc-EELVr.

M. Jacky Le Menn. – Je vais essayer de ne pas revenir en arrière...

L'exclusion des pharmacies mutualistes est inéquitable. Les résidents d'Ehpad n'ont-ils pas le choix de leur pharmacien ?

M. le président. – Amendement identique n°299 rectifié, présenté par Mme Escoffier, MM. Collombat, Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Placade, Requier, Tropeano et Vall.

Mme Anne-Marie Escoffier. – Je n'ai rien à ajouter. L'extension aux pharmacies mutualistes est une question d'équité.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Avis favorable à ces amendements très judicieux.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Les amendements sont satisfaits par le droit en vigueur. D'ailleurs le PLFSS n'est pas le lieu de prévoir une telle mesure. Défavorable.

M. Jacky Le Menn. – Lorsqu'un amendement est satisfait, il est d'usage d'en demander le retrait...

Les amendements n°s 126, 147 et 299 rectifié sont retirés.

L'article 57 est adopté ainsi que l'article 58.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°108 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le bénéfice pour les familles et le coût pour les comptes sociaux de l'ouverture des droits aux allocations familiales dès le premier enfant.

Mme Laurence Cohen. – L'attribution des allocations dès le premier enfant doit être considérée comme une mesure de justice sociale et non comme une incitation à la procréation. Il s'agit d'un revenu accordé à l'enfant du simple fait de sa naissance ; on sait que celle-ci a d'importantes conséquences financières. Le niveau de vie de la famille diminue de 2 % à 11 % dès le premier enfant. Les parlementaires, de la majorité comme de l'opposition, sont nombreux à faire des propositions. Nous demandons un rapport sur la question.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la famille. – Il faut une réflexion approfondie sur l'attribution d'allocations dès le premier enfant. Favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable, ce rapport n'est pas nécessaire. Deux évaluations financières ont été menées par la Cnaf en 2006 et le Haut conseil à la famille en 2011. La mesure envisagée coûterait 2,8 milliards d'euros à la

branche famille, ce qui, dans le contexte actuel des finances publiques, n'est pas envisageable. Les parents d'un enfant demandent plutôt des modes de garde diversifiés que des allocations ; c'est précisément ce à quoi répond le Gouvernement avec la Paje, l'allocation de rentrée scolaire, qui concerne 740 000 familles, ou les aides au logement qui en concernent 900 000. Défavorable.

L'amendement n°108 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°109 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Le Gouvernement remet, dans les six mois qui suivent la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le coût pour les comptes sociaux et les avantages pour les assurés d'une mesure permettant de conserver le bénéfice de l'allocation de rentrée scolaire pour les élèves majeurs encore scolarisés au lycée. »

Mme Laurence Cohen. – Les difficultés d'insertion professionnelle, le chômage, provoquent une augmentation du nombre de lycéens majeurs. Le rapport que nous avons déjà demandé demeure d'actualité. Ces lycéens qui n'ont droit à aucune aide sociale ont besoin de l'allocation de rentrée scolaire. Le Gouvernement craint l'extension aux étudiants et aux apprentis ? Les premiers peuvent bénéficier de bourses ; et les employeurs des seconds pourraient contribuer...

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Pour ne pas multiplier les rapports, la commission a demandé le retrait de cet amendement mais s'interroge sur le refus du Gouvernement d'étendre l'allocation de rentrée scolaire.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Dans le contexte économique que nous connaissons, le Premier ministre a décidé de maintenir le budget de notre politique familiale ; les allocations seront réévaluées de 1 %, à hauteur de la croissance.

Mme Christiane Demontès. – Une misère, à comparer avec la réforme de l'ISF !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La solidarité n'est pas remise en cause.

Mme Laurence Cohen. – Je comprends la position de la commission ; mais que le Gouvernement regarde la réalité en face. Le sujet mérite plus que cette réponse !

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Très bien !

L'amendement n°109 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°107 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 31 décembre 2012, un rapport établissant le bilan des places manquantes dans les structures d'accueil de la petite enfance. Il évalue également les conséquences pour les collectivités territoriales en terme de gestion des structures collectives de garde du choix gouvernemental de solvabilisation des modes de garde individuels et présente l'opportunité de la mise en place d'un grand service public national de la petite enfance.

Mme Laurence Cohen. – Le colloque « Nos enfants ne nous font pas peur, mais le sort qu'on leur réserve nous inquiète », organisé par Mme Pasquet, fut très intéressant. Il a mis en lumière que seulement 48,7 places sont offertes par les modes de garde dits formels -accueil collectif, crèches familiales, crèches parentales, assistants maternels, salariés à domicile, maternelles- pour 100 enfants de moins de 3 ans. Le rapport Tabarot estimait ainsi à 320 000 le nombre de places manquantes pour l'accueil des jeunes enfants -le président de la République n'en a promis que 200 000. Les femmes réduisent leur activité ou y renoncent, avec des répercussions sur leurs droits à retraite et leurs niveaux de pensions.

L'objectif gouvernemental de créations de places n'est atteint qu'à moitié, encore ne s'agit-il que modifications réglementaires, comme le décret autorisant les structures d'accueil à procéder à des inscriptions en surnombre ou à la modification des agréments. Les familles modestes en souffrent. C'est une question primordiale !

M. le président. – Amendement n°255, présenté par Mme Ghali et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 septembre 2012, un rapport établissant un bilan précis du nombre de places d'accueil des jeunes enfants et des besoins non satisfaits, faisant apparaître les disparités territoriales. Ce rapport mesure l'impact de la diminution du nombre de places ouvertes aux enfants de moins de trois ans à l'école maternelle. Il évalue la possibilité de mettre en place un véritable service public de la petite enfance.

Mme Samia Ghali. – L'offre d'accueil des jeunes enfants constitue un enjeu central au regard de la forte natalité en France. L'insuffisance de places d'accueil est un frein au travail des femmes, souvent contraintes d'interrompre leur activité pour garder leurs enfants, et d'autant plus qu'elles en ont davantage. C'est un facteur d'inégalité entre les hommes et les femmes.

Fin 2009, sur 100 enfants de moins de 3 ans, 27 étaient accueillis par une assistante maternelle, quatorze en établissement d'accueil pour jeunes

enfants, cinq à l'école maternelle, et deux accompagnés à domicile.

Depuis 2008, le nombre de places chez les assistants maternels a augmenté. Les maisons d'accueil maternel se multiplient. Mais l'accueil des moins de 3 ans à la maternelle s'effondre. Il est aussi indispensable de renforcer la formation des personnels et d'améliorer l'accueil des handicapés.

Quid en outre de la réforme du congé parental d'éducation ? Elle est sans cesse reportée, alors que l'Igas, le Haut conseil à la famille et les parlementaires la demandent.

Nous souhaitons un rapport sur les capacités actuelles d'accueil, notamment en maternelle. Les mères doivent calculer le bon moment d'avoir un enfant pour trouver une place en crèche et à la maternelle ! C'est devenu un casse-tête chinois.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Retrait, afin de ne pas multiplier les rapports. Mais le Gouvernement ne privilégie-t-il pas une logique de rentabilité avec les structures multi-accueil ? Comment lutter contre les disparités territoriales ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Un rapport de plus ! Encore l'immobilisme ! Celui du Conseil d'analyse stratégique de 2007 et celui de Mme Tabarot ont été pris en compte ; la situation a changé. Notre pays a la politique familiale la plus dynamique au monde. Les parlementaires étrangers viennent nous voir pour savoir comment nous parvenons, en France, à avoir un taux d'emploi des femmes et un taux de natalité aussi élevés.

Tous les enfants ne sont pas identiques ; avec votre service public de la petite enfance, vous voulez imposer la crèche à tous.

M. René Teulade et M. Jacky Le Menn. – Caricature !

Mme Christiane Demontès. – Ridicule !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – les petites communes n'ont pas les moyens de créer des places de crèche ! Les communautés de communes peuvent à l'inverse offrir un accueil diversifié, jardins d'éveil, centres multi-accueil ; le Gouvernement les soutient.

Il y a aussi les modes d'accueil individuels. Les 200 000 solutions d'accueil annoncées par le président de la République sont presque acquises. Je rappelle que la Paje est versée à toute personne qui fait garder ses enfants...

Mme Christiane Demontès. – C'était le cas avant que M. Sarkozy ne soit président !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – ...et les familles monoparentales ne sont pas oubliées ; le Gouvernement propose d'augmenter le plafond de ressources, j'espère que le Sénat le suivra. Défavorable à l'amendement. (*Applaudissements à droite*)

Mme Samia Ghali. – Je suis mère de quatre enfants et je connais la galère de la garde des enfants. On a refusé l’an dernier d’inscrire mon fils à l’école maternelle car il avait moins de 3 ans... jusqu’en octobre. Dans les Bouches-du-Rhône, 8 000 enfants sont ainsi restés sur le carreau... Aujourd’hui, 50 000 places seulement sur les 200 000 promises ont été créées.

Néanmoins je retire l’amendement.

Mme Laurence Cohen. – Vous avez tous les chiffres ? Mais vous ne percevez pas les difficultés, dirait-on ! La galère, ça existe ! Vous ne souhaitez pas faire des choix qui répondent aux besoins des plus modestes.

Les amendements n^{os} 107 rectifié et 255 sont retirés.

Mme Muguette Dini. – Je ne peux laisser dire que la création des maisons d’assistantes maternelles dégrade l’accueil des enfants. L’objectif en matière de garde est double : offrir à chaque famille la possibilité de faire garder ses enfants à un coût raisonnable et assurer des conditions d’accueil et d’éveil adaptées à la maturité des enfants.

Nous connaissons tous les besoins, il manque encore 320 000 places -mais il en existe 1,153 million. Les assistantes maternelles représentent le premier mode de garde en volume, le moins coûteux pour les familles et pour les finances publiques : 1,5 fois moins qu’une place en crèche.

Les maisons d’assistantes maternelles (MAM) que MM. Arthuis, Lardeux et moi-même avons fait adopter offrent un service précieux, notamment quant aux horaires. Ces regroupements sont bénéfiques pour les enfants et aussi pour les assistantes maternelles.

Dans le Rhône, je constate la pertinence de ces structures au regard de la capacité financière des communes, cependant difficiles à créer en raison de procédures administratives tatillonnes.

Je regrette que vous persistiez à critiquer ce dispositif pertinent pour les enfants, les parents, l’assurance maladie et les finances publiques.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Un bilan serait utile de l’application de la loi créant ces maisons. Il semble qu’elles aient suscité peu d’engouement. Correspondent-elles aux besoins des communes, des parents ? Ce mode de garde ne doit pas être développé au détriment des crèches.

La séance est suspendue à 13 heures.

*
* *

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE CARLE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 15 heures.

M. le président. – Nous reprenons l’examen du PLFSS pour 2012. Nous en étions parvenus à l’examen des amendements additionnels après l’article 58.

Amendement n°254, présenté par Mme Ghali et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l’article 58

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l’article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

Mme Samia Ghali. – Cette mesure traduit une des préconisations du rapport de la Mecss de juillet 2009 sur la prestation d’accueil du jeune enfant. Il s’agit de revenir sur une réelle injustice. En effet certains parents qui ne bénéficient pas de l’allocation de base de la Paje, ayant des revenus trop élevés, la touchent lorsqu’ils deviennent bénéficiaires du complément de libre choix d’activité. Ces parents cumulent alors le bénéfice du complément de libre choix d’activité et de l’allocation de base.

Mieux vaut cibler les familles qui ont le plus besoin des aides, en mettant fin à cette situation aberrante qui crée un effet d’aubaine.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Le droit actuel crée, il est vrai, un effet d’aubaine, mais la commission craint que l’amendement ne pénalise les classes moyennes... Sagesse positive.

Mme Claude Greff, secrétaire d’État. – Défavorable.

L’amendement n°254 est adopté.

Article 58 bis

M. le président. – Amendement n°45, présenté par Mme Pasquet, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – L’article 58 bis, introduit par l’Assemblée nationale à la suite du vote d’un amendement déposé par le Gouvernement, prévoit que la revalorisation des prestations familiales interviendra au 1^{er} avril de chaque année, et non plus au 1^{er} janvier. Ce décalage de trois mois doit compenser la perte des 140 millions d’économies qui étaient attendus de l’assujettissement à la CSG du complément de libre choix d’activité (CLCA) et du complément optionnel de libre choix d’activité (Colca) prévu à l’article 13 du projet de loi, ce dernier ayant été supprimé par les députés.

Le gel de l’augmentation de l’ensemble des prestations familiales pendant trois mois est inacceptable, incohérent et irresponsable. Il pénalise les familles les plus modestes, déjà fragilisées par la conjoncture économique. Il nie le rôle d’amortisseur

social que ces prestations jouent en période de crise. Enfin le Gouvernement s'était engagé à revaloriser les prestations familiales de 2,3 % au 1^{er} janvier 2012 et se limitera à 1 % comme annoncé par le Premier ministre.

L'argument du gage n'est pas recevable puisque la suppression de l'article 13 du projet de loi a déjà été gagée par les députés qui ont, à l'initiative de la commission des finances, décidé de réduire davantage le taux d'abattement pour frais professionnels sur les revenus soumis à la CSG de 2 % à 1,75 %, mesure qui devrait rapporter environ 140 millions d'euros.

La commission propose donc de supprimer l'article 58 bis.

M. le président. – Amendement identique n°140, présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

M. Jean-Pierre Caffet, *rapporteur pour avis de la commission des finances.* – Aux arguments de Mme Pasquet, j'ajouterai que la suppression de l'article 13 a été gagée par deux fois à l'Assemblée nationale. Certes, l'amendement Vasseur posait un problème technique, car l'économie dégagée ne pouvait être intégralement affectée à la branche famille. Mais nous venons d'adopter une nouvelle mesure d'économie -de 130 à 140 milliards d'euros- avec l'amendement n°154 : troisième gage...

En outre, on a appris il y a une semaine que les prestations familiales ne seraient revalorisées que de 1 % !

M. le président. – Amendement identique n°302 rectifié, présenté par Mme Escoffier, MM. Collombat, Mézard, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Vendasi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Plancade, Requier, Tropeano et Vall.

Mme Anne-Marie Escoffier. – Mme Pasquet et M. Caffet ont été clairs. Ce matin, Mme la secrétaire d'État a beaucoup insisté sur la politique familiale et sociale du Gouvernement : elle ne manquera pas de nous suivre. Dans le contexte actuel, ne pénalisons pas les familles !

Mme Isabelle Pasquet, *rapporteuse.* – Évidemment favorable aux autres amendements de suppression.

Mme Claude Greff, *secrétaire d'État.* – Le contexte économique actuel n'est pas virtuel, et nous n'en sortirons pas si chacun fait porter l'effort sur son voisin... Le Premier ministre, en homme responsable, ajuste ses engagements à la conjoncture. Le report au 1^{er} avril de la revalorisation rapportera 160 millions d'euros à la branche. Avis défavorable.

Mme Christiane Demontès. – Incroyable...

Mme Samia Ghali. – L'article 13 était inique, et les députés l'ont supprimé. En guise de compensation, le

Gouvernement veut reporter la revalorisation des prestations au 1^{er} avril : encore une fois, les plus défavorisés paieront ! C'est indigne et insultant pour ceux qui doivent se battre au quotidien et qui soutiennent la consommation.

M. Yves Daudigny, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* – Mme la secrétaire d'État veut faire croire que le Gouvernement est responsable, la majorité sénatoriale laxiste... Si toutes nos mesures étaient appliquées, elles feraient baisser le déficit de 3 milliards ! (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

Les amendements identiques n°s 45, 140, 302 rectifié sont adoptés.

L'article 58 bis est supprimé.

L'article 58 ter est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°277 rectifié, présenté par Mme Létard, M. Vanlerenberghe, Mme Dini et M. Roche.

Après l'article 58 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art... - Dans les départements où les caisses d'allocations familiales infradépartementales ont été fusionnées et dont le nombre d'allocataires est supérieur à 500 000, les budgets d'action sociale sont affectés par territoire en fonction du nombre et de la typologie des allocataires qui y résident. »

Mme Muguette Dini. – Dans un souci de simplification et de rationalisation, il a été entrepris de créer une caisse d'allocations familiales par département. Toutefois, les budgets d'action sociale des caisses d'allocations familiales visent à aider des publics en grande fragilité et se doivent d'intervenir au plus près des réalités des bassins de vie. C'est la raison pour laquelle, dans les départements dont la taille le justifie, il faut territorialiser le budget d'action sociale.

Mme Isabelle Pasquet, *rapporteuse.* – Cette mesure est d'ordre infra-réglementaire. Retrait, mais la commission souhaite entendre le Gouvernement.

Mme Claude Greff, *secrétaire d'État.* – L'action sociale relève des conseils d'administration qui tiennent compte des réalités territoriales. Retrait ou rejet, au nom de l'autonomie des caisses.

Mme Muguette Dini. – J'ai bien entendu vos raisons administratives, mais dans les gros départements, les caisses ont bien de la peine... Je retire cependant l'amendement.

L'amendement n°277 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°146 rectifié *ter*, présenté par M. Béchu, Mmes Deroche et Bruguière, MM. Villiers, Léonard, Namy, Cardoux, Savary, Gilles, Doligé et Lorrain et Mmes Cayeux et Debré.

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Sur saisine du président du conseil général, et au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance, le juge peut décider, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir, totalement ou partiellement, le versement des allocations à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. »

Mme Catherine Deroche. – L'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale prévoit le versement des allocations familiales au service d'aide sociale à l'enfance lorsque l'enfant est confié à ce service par décision du juge. Par exception, le juge, soit d'office, soit sur saisine du président du conseil général, peut décider de maintenir le versement des allocations familiales à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant, ou afin de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. Mais cette exception est devenue la règle, en Maine-et-Loire par exemple, alors même que toutes les dépenses sont mises à la charge des conseils généraux.

Le présent amendement a pour objet de faire respecter la volonté du législateur, en faisant du versement des allocations familiales à la famille, dont l'enfant a été confié par décision du juge au service d'aide sociale à l'enfance, une exception qui, certes, reste de la compétence du juge, mais sur demande du président du conseil général, responsable dudit service. Ainsi les allocations familiales seraient maintenues dans le cas d'un placement administratif élaboré avec les familles, alors qu'en cas de placement judiciaire, le principe « absence de charges, absence de ressources » prévaudrait.

M. le président. – Amendement n°145 rectifié *ter*, présenté par M. Béchu, Mmes Deroche et Bruguière, MM. Villiers, Léonard, Namy, Cardoux, Savary, Gilles, Doligé et Lorrain et Mmes Cayeux et Debré.

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un enfant est confié au service d'aide sociale à l'enfance, l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service.

« Sur saisine du président du conseil général, et au vu d'un rapport établi par le service d'aide sociale à l'enfance, le juge peut décider, à la suite d'une mesure prise en application des articles 375-3 et 375-5 du code civil ou des articles 15, 16, 16 bis et 28 de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante, de maintenir, totalement ou partiellement, le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Mme Catherine Deroche. – Même raisonnement pour l'allocation de rentrée scolaire.

Mme Isabelle Pasquet, *rapporteuse.* – En supprimant la saisine d'office du juge, on risquerait de supprimer la possibilité qu'il décide du versement des allocations ou de l'allocation de rentrée scolaire aux parents. Sagesse sur les deux amendements, mais la commission souhaite entendre le Gouvernement.

Mme Claude Greff, *secrétaire d'État.* – Défavorable.

Mme Muguet Dini. – Je m'étonne de la position du Gouvernement. J'ai en tête l'exemple d'un couple séparé : la mère, qui n'avait pas le droit de voir ses enfants, pour raison de maltraitance, percevait les allocations... C'est scandaleux !

*Les amendements n°s 146 rectifié *ter* et 145 rectifié *ter* sont adoptés et deviennent un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°46, présenté par Mme Pasquet, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 58 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et, pour l'enfant inscrit au lycée, selon la voie de formation suivie ».

Mme Isabelle Pasquet, *rapporteuse.* – Depuis 2008, l'Allocation de rentrée scolaire (ARS) dépend de l'âge de l'enfant, mais ne tient pas compte de la nature de la formation. Or les formations professionnelles sont les plus coûteuses, alors même qu'elles accueillent plus d'élèves défavorisés.

L'amendement remédie à cette situation.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'ARS sert à accompagner les familles, non à suppléer toutes les dépenses. Il existe des aides spécifiques accordées à certains lycéens en voie professionnelle ou technologique.

Mme Muguet Dini. – L'UCR votera contre l'amendement. À enveloppe constante, il réduirait l'ARS pour de nombreuses familles. En outre, les aides régionales sont nombreuses : livres, cantine, équipements, transports...

À l'issue d'une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°46 mis aux voix par assis levé est adopté et devient article additionnel.

Article 59

M. le président. – Amendement n°316, présenté par le Gouvernement.

1° Alinéa 2

Remplacer le nombre

57,1

par le nombre :

57,0

2° Alinéa 3

Remplacer le nombre :

56,6

par le nombre :

56,5

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'amendement tient compte des mesures votées à l'article 58 sur l'allocation de base de la Paje, et à l'article 58 *bis* nouveau, revalorisant au 1^{er} avril au lieu du 1^{er} janvier les allocations familiales.

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Le Sénat ayant supprimé l'amendement n°58 *bis*, cet amendement n'a plus d'objet.

M. le président. – Je vais le mettre aux voix. (*Marques d'incompréhension à gauche*)

Mme Isabelle Pasquet, rapporteure. – Il devrait tomber !

L'amendement n°316 n'est pas adopté.

L'article 59 n'est pas adopté.

M. le président. – Après ces articles examinés en priorité, nous revenons aux amendements après l'article 35.

Articles additionnels après l'article 35

M. le président. – Amendement n°188, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-4. - Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État et l'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

« 1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L. 162-21-3 ;

« 2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé ;

« 3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficience ;

« 4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée ;

« 5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

« L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'État. »

M. Alain Houpert. – Les tarifs des séjours hospitaliers sont administrés car il revient à l'État et à l'assurance maladie d'assurer par une régulation l'équilibre entre la réponse aux besoins de soins de la population, l'accès à des thérapeutiques et des techniques de soins nouvelles et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Cependant, pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle dans un cadre pluriannuel pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994. Conclu entre les fédérations représentatives des établissements de

santé, l'État et l'assurance maladie, l'accord aurait une durée de trois ans. Il pourrait être amendé par avenants.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'idée est intéressante, mais la rédaction pose problème en ce que l'amendement vise, par exemple, « des secteurs autres de la santé », « la recherche d'économies », au lieu de l'amélioration de la prise en charge, l'évolution des tarifs, etc. Défavorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Je partage votre souci de transparence : c'est l'objet de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée. Les fédérations seront consultées par le Conseil de l'hospitalisation, et associées aux groupes de travail de la direction générale de l'offre de soins.

Retrait ou rejet.

L'amendement n°188 est retiré.

M. le président. – Amendement n°198, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements. »

M. Alain Houpert. – La fixation de l'objectif quantifié national (OQN) pour les établissements de soins de suite, de réadaptation et de psychiatrie a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a intégré parmi les éléments constitutifs les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, afin de coller à la réalité du secteur des soins de suite, en forte croissance.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 est revenue dessus. Or, plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation d'objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à intégrer une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités résultant des

autorisations de création ou de transformations délivrées par les ARS.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a simplifié les critères de détermination de l'OQN, et nous ne voyons pas pourquoi revenir en arrière.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'amendement est satisfait par la rédaction du décret de 2009. Retrait ou rejet.

L'amendement n°198 est retiré.

M. le président. – Amendement n°83 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés mentionnés aux d) et e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent.

Mme Isabelle Pasquet. – La convergence est faussée : le secteur public réalise 80 % des hospitalisations, le secteur privé lucratif préfère les pathologies appelant des actes rémunérateurs -endoscopies, coronarographies etc. En constituant ainsi des groupes de séjour homogènes il peut plus facilement protocoliser et optimiser son activité.

En outre, les honoraires des médecins libéraux doivent être ajoutés au tarif, comme sont intégrés dans les coûts, à l'hôpital public, les rémunérations des médecins.

M. le président. – Amendement n°245, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

Mme Catherine Génisson. – Je suis opposée à la convergence tarifaire car on compare ce qui n'est pas comparable. Vous me direz que les honoraires sont pris en compte, mais une intégration statistique ou une intégration acte par acte, ce n'est pas la même chose ! Il faut aussi tenir compte de l'effet de gamme.

Dans le privé, on peut réaliser des prothèses de genou ou de hanche toute la journée, et réduire ainsi les coûts d'équipement.

Dans le public, on réalise des actes beaucoup plus divers ! Et cette diversité a un coût.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Accueilli dans un établissement privé lucratif, un patient paie la clinique et le médecin. Les amendements tendent donc à intégrer les honoraires dans les tarifs. Ils posent des difficultés pratiques, puisque les tarifs sont fixés nationalement. L'article du code ne porte d'ailleurs pas sur la convergence, et il n'est pas sûr que l'on puisse régler cette question au détour d'un PLFSS. Retrait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Ces amendements paraissent techniquement simples, mais on ne saurait remettre en cause le statut libéral des médecins en clinique ; la réintégration des dépassements d'honoraires coûterait 530 millions d'euros. Les amendements créeraient un mécanisme de compensation préjudiciable aux établissements privés. Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. – Je vais retirer mon amendement, mais j'aimerais avoir l'engagement du Gouvernement que nous débattions un jour sans idéologie de la convergence tarifaire, dont pâtit aujourd'hui l'hôpital public.

L'amendement n°245 est retiré.

M. Jacky Le Menn. – Il faudra un jour se mettre d'accord sur des paramètres communs au public et au privé.

En chirurgie osseuse, dans le public, on fait de la traumatologie puis de la chirurgie « froide », tandis que dans le privé, on réalise le même acte à la chaîne, ce qui réduit les coûts. Il faut comparer ce qui est comparable !

De même, le nombre de Groupes homogènes de séjour (GHS) n'est pas le même dans les grandes structures publiques et les petites privées. Un minimum d'heures !

Mme Isabelle Pasquet. – Il faut avancer sur ce sujet de la convergence tarifaire. Je maintiens l'amendement.

M. Alain Milon. – Je ne le voterai pas. Une convergence intersectorielle me paraît impossible, vu la différence des publics et des façons de travailler. Il faut d'abord travailler à une convergence intrasectorielle.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La convergence tarifaire est mise en œuvre sans esprit doctrinaire. Le ministère de la santé tient compte des honoraires des médecins libéraux.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je souscris en grande partie à ce qu'a dit M. Milon : trois problèmes se posent : les tarifs applicables aux cliniques, la convergence, les dépassements d'honoraires. L'amendement ne concerne que les tarifs et ne règle pas le problème de la convergence ni des dépassements.

L'amendement n°83 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°192, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré qui sont décomposés en deux tarifs, l'un pour les prestations de soins des établissements de santé et l'autre, pour les établissements prévus aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; »

M. Alain Houpert. – L'alignement des tarifs publics sur la somme des tarifs cliniques et des honoraires médicaux et médico-techniques est techniquement très complexe.

Le présent amendement vise donc à rémunérer chaque séjour dans un établissement public sur la base de deux GHS, l'un dit de frais de séjour correspondant aux dépenses (hors honoraires) des cliniques, l'autre calculé sur la base des coûts réels moyens des seuls établissements publics correspondant au champ couvert par les honoraires médicaux et les services médico-techniques (SMT). La distinction entre ces deux masses permettra au demeurant une meilleure appréhension de l'activité médicale.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement rendrait encore plus complexe la tarification hospitalière, et s'inscrit dans la logique de la convergence public-privé. Avis défavorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le plus simple serait de permettre aux médecins des établissements publics de facturer des honoraires en sus, mais nous n'en avons pas les moyens.

L'amendement postule que la rémunération des deux secteurs doit être la même, mais les charges ne sont pas les mêmes. La T2A privilégie les forfaits, pour inciter à l'efficacité. Transposer au public ce qui existe dans le privé nuirait à cet objectif.

La convergence intrasectorielle ne porte que sur les actes comparables, c'est pourquoi elle est qualifiée de « ciblée ». Avis défavorable.

L'amendement n°192 n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°82 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette dotation participe également au financement des charges de structure des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. »

M. Dominique Watrin. – L'instauration de la tarification à l'activité a rendu précaire le financement des hôpitaux, du fait que l'objectif national d'évolution des dépenses est fermé. Comme il est impossible de le dépasser, on baisse le tarif des actes quant le seuil de dépassement est proche.

Le principe même de cette tarification est de faire reposer le financement sur une structure moyenne d'activités alors que cette moyenne aplatit des différences qui peuvent être considérables. Deux patients présentant la même pathologie n'engagent pas nécessairement les mêmes dépenses pour l'hôpital. Cela tient aux modes d'entrée, selon que le patient consulte en ambulatoire ou passe par le service des urgences, à la structure patrimoniale de l'établissement, à la situation médicale ou sociale du patient. La Fédération hospitalière de France fait ainsi remarquer que l'accouchement normal par voie basse est rémunéré au même tarif, qu'il se déroule dans une maternité de niveau 3 ou de niveau 1, dont les équipements sont très différents.

Les Migac financent certes les actes, mais pas les dépenses structurelles qui sont ainsi laissées à la seule charge des établissements publics de santé, ce qui aggrave leur déficit et les rend moins performants que les cliniques commerciales, lesquelles n'accomplissent pas les mêmes missions de service public et sélectionnent tant les pathologies que les patients.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Que les Migac participent au financement des missions de service public, nous en sommes d'accord... et c'est déjà écrit. L'amendement est satisfait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – En plus de la dotation pour le financement des missions de services publics et des frais de structures, vous proposez une nouvelle dotation. Mais les dépenses de structures sont déjà prises en charge ! Il y a redondance et le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. Dominique Watrin. – La Fédération hospitalière de France nous a signalé la réalité du problème sur le terrain.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – C'est le niveau de l'enveloppe qui pose problème, non le périmètre de la dotation existante.

L'amendement n°82 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°122 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part. »

Mme Laurence Cohen. – Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité selon les deux fédérations hospitalières, publique et privée, est marqué d'imperfections significatives et de déséquilibres sérieux. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux. Les sanctions financières sont lourdes : 1,7 million d'euros en région Bourgogne, soit 40 emplois d'infirmières ou d'aides-soignantes. Lorsqu'il représentait les hôpitaux et n'était pas encore ministre, M. Leonetti demandait un moratoire. Des établissements mal en point pourraient être fragilisés dangereusement. La T2A est complexe et exige des contrôles mais toutes les erreurs constatées ne sont pas des fraudes. Une commission paritaire serait bienvenue, pour proposer des sanctions proportionnées aux erreurs de codage.

M. le président. – Amendement identique n°208 rectifié, présenté par M. Houpert.

M. Alain Houpert. – Il est défendu.

M. le président. – Amendement identique n°222 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguère, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Villiers et Savary.

M. Alain Milon. – Cet amendement est soutenu par les trois fédérations.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La question des contrôles de la T2A occupe beaucoup les débats... Un meilleur équilibre est souhaitable mais la commission, qui donne un avis, doit-elle vraiment être présidée par un magistrat ? Favorable cependant aux amendements.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le rôle de la commission est d'apporter un éclairage technique à l'ARS ; son rôle n'est pas judiciaire. Le Conseil d'État estime le système actuel équitable, la procédure est contradictoire. Et le contrôle a été rendu plus objectif.

Le décret du 29 septembre a revu le barème des sanctions.

L'Insee doit évaluer la méthodologie de l'échantillonnage et des contrôles. Les fédérations ont un vecteur pour faire remonter les problèmes. Quel meilleur garant de l'objectivité des contrôles ? Vous pouvez retirer ces amendements.

Les amendements identiques n°s 122 rectifié, 208 rectifié et 222 rectifié sont adoptés.

L'amendement n°171 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement identique n°202, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – À l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « activités de soins », sont insérés les mots : « ou des consultations et actes externes ».

II – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus 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.

M. Alain Houpert. – Des médecins salariés exerçant au sein des établissements de santé dont le mode de financement relève du champ ex-OQN doivent pouvoir effectuer des consultations externes ou des actes isolés au tarif opposable. Il y va de l'accès aux soins.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Il est étrange que la commission des finances ait laissé passer un tel amendement...

Le tarif opposable peut être pratiqué par des médecins salariés, par exception. L'amendement pourrait améliorer l'accès aux soins. Sagesse.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La priorité du Gouvernement est de lutter contre les dépassements d'honoraires. Votre proposition va en sens inverse. Quel en serait le coût ? Nous l'ignorons. Retrait ou rejet.

L'amendement n°202 est adopté.

M. le président. – Amendement n°201, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté. »

M. Alain Houpert. – Dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, la durée du séjour est en moyenne de 30 jours et peut aller jusqu'à plusieurs mois. Les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés, les plus touchés par les limitations de prises en charge des mutuelles. Il serait donc juste de pouvoir moduler le forfait journalier dans ces établissements en fonction de la durée du séjour. Une disposition semblable a été admise pour les hospitalisations en psychiatrie.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Une telle possibilité existe déjà dans le code. Est-ce un amendement d'appel ? La question est réelle car ce lien avec la durée du séjour n'a pas été établi dans la réalité. Sagesse.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'amendement est satisfait par l'article L. 174-4. Retrait ou rejet.

M. Alain Houpert. – Je ne pense pas qu'il satisfasse mon amendement.

Mme Catherine Génisson. – Je voterai l'amendement, satisfait ou non, car le fait est que cette disposition n'est pas appliquée.

L'amendement n°201 est adopté.

M. le président. – Amendement n°244, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 8° de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9°) De publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

Mme Catherine Génisson. – Un tel bilan serait utile pour mieux apprécier la convergence...

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La proposition de loi tendant à modifier la loi HPST prévoit une telle analyse. L'amendement est satisfait, retrait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La proposition de loi Fourcade prévoyait ces rapports régionaux, et une synthèse nationale. Inutile d'alourdir le travail administratif.

L'amendement n°244 est retiré.

M. le président. – Amendement n°246, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le sixième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposables. »

Mme Catherine Génisson. – Les établissements qui, ayant signé un contrat d'objectif et de moyens, ont fait mieux que l'objectif sont moins rémunérés ! La T2A est inflationniste et, plus on réalise d'actes, moins on est rémunéré !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – C'est le bon sens. Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable. Le décret de suppression des objectifs quantifiés sera prochainement publié, votre amendement n'aura plus d'objet. Les mécanismes seront assouplis, fondés sur un pilotage par l'ARS du niveau des soins pertinents. C'est la logique contractuelle qui prévaudra, les établissements ne pourront bien sûr se délier de la convention signée.

Mme Catherine Génisson. – Il n'est pas question d'échapper aux évaluations ou aux objectifs fixés, mais l'augmentation d'activité doit être reconnue ! Un nouveau décret ? Il n'est pas encore sorti. Comme saint Thomas, je ne crois que ce que je vois. (*Sourires*)

L'amendement n°246 est adopté.

M. le président. – Amendement n°120 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6154-1 du code de la santé publique est abrogé.

M. Dominique Watrin. – Les rémunérations à temps plein à l'hôpital sont inférieures à celles issus du cumul avec une activité libérale. On a donc autorisé les praticiens à cumuler les activités salariée et libérale au sein de l'hôpital. Révolutionnaire, cet amendement l'aurait été encore plus si l'article 40 ne nous empêchait pas de demander un renforcement de la rémunération des praticiens hospitaliers.

Le professeur Safran, à l'hôpital Georges-Pompidou, qualifie cette pratique de « cancer » de l'hôpital, de système « tordu et scandaleux » car la consultation privée fonctionne comme un coupe-file, qui bouleverse l'organisation des passages en bloc chirurgical. Certains praticiens réalisent en libéral 50 % de leur activité... Ils y gagnent une rémunération complémentaire que la sécurité sociale a évaluée en

2004 à 38 779 euros en moyenne, sachant qu'au petit hôpital de Bagnols-sur-Cèze le radiologue gagne ainsi 100 000 euros. Tout cela, bien sûr, au détriment de l'hôpital public et des patients défavorisés.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Faut-il supprimer l'activité libérale à l'hôpital ? La question est compliquée. Le secteur libéral devait renforcer l'attrait de l'hôpital public pour les médecins, ne l'oublions pas. Il faudrait une réflexion globale sur les dépassements d'honoraires, choquant à l'hôpital public.

Sur l'amendement tel qu'il est rédigé, cependant, retrait ou rejet.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'activité libérale est autorisée pourvu qu'elle ne fasse pas obstacle à la bonne marche de l'hôpital public. Nous y sommes attentifs. L'activité est encadrée par un contrat conclu entre le praticien et l'établissement et elle est soumise au contrôle d'une commission interne à chaque établissement, qui fixe le montant de la redevance exigée en contrepartie de l'utilisation des équipements.

L'ARS peut retirer cette faculté aux praticiens en cas d'abus. Je ne comprends pas comment vous pouvez être hostiles à cette mesure favorable aux établissements publics. Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. – L'article 34 *ter* permet d'accueillir les médecins étrangers plus longtemps à l'hôpital public ; sans eux, les gardes ne seraient pas assurées. Les pratiques actuelles ne sont pas satisfaisantes, d'autant que des praticiens comme les urgentistes ou les réanimateurs, ne peuvent avoir d'activité libérale. Depuis trente ans, on n'a rien proposé d'efficace contre les pratiques inacceptables. L'amendement est sans doute imparfait mais il a le mérite de poser les bonnes questions.

M. Jacky Le Menn. – Il y a là un nœud de problèmes que l'on ne peut traiter au détour d'un amendement : rémunération, recrutement, couverture des charges sociales... À l'origine, il s'agissait d'attirer des médecins à l'hôpital. La rémunération des praticiens hospitaliers n'a jamais été satisfaisante. Il serait bon de traiter de tout cela, mais ce n'est pas un tel amendement qui peut résoudre le problème.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Ce n'est jamais le moment... depuis trente ans. Ayons du courage, car les dérives sont manifestes.

M. Alain Milon. – On aborde enfin le fond du problème : la reconnaissance du métier de médecin. Lorsqu'un certain ministre de la santé a autorisé le secteur II, c'est que le secteur I ne suffisait pas. Dans mon rapport sur la chirurgie, je notais que les étudiants percevaient une rémunération misérable pour une greffe de foie. Des étudiants en cinquième année de clinicat ne touchent que 1 700 euros par mois !

L'amendement n°120 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°196, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année ».

M. Alain Houpert. – Cette procédure dérogatoire devait ne s'appliquer que pour l'année 2005. Cette date a été successivement repoussée au 31 décembre 2008, au 1^{er} juillet 2011, puis au 1^{er} janvier 2013. Au moins devrions-nous avoir chaque année un bilan du processus d'expérimentation !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – À l'article 64 de la loi de financement pour 2011, nous avons adopté cette mesure. L'amendement est satisfait ; mais le bilan nous sera-t-il transmis ? Nous posons la question, le ministère ne nous répond pas ! Retrait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le bilan existe, croyez-moi, il vous parviendra dans les jours qui viennent. Nous avons tant de rapports à établir !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Et il y a la RGPP !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Croyez-moi sur parole, monsieur Houpert, n'imitiez pas saint Thomas ! (*Sourires*)

M. Alain Houpert. – Je vous crois sur parole ! (*Sourires*)

L'amendement n°196 est retiré.

M. le président. – Amendement n°194, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi rédigé :

« VII. – À compter du 1^{er} mars 2012, et afin de définir le processus de convergence, il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts. »

M. Alain Houpert. – Il faut poursuivre les études pour évaluer la pertinence de la nouvelle dotation de convergence.

M. le président. – Amendement n°195, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La deuxième phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complétée par les mots : « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

M. Alain Houpert. – Afin de poursuivre la convergence tarifaire, un modèle doit décrire précisément la tarification à construire d'ici 2018. Le modèle actuel compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement n°194 a un certain intérêt : il écrase les dispositions qui servent de base au processus de convergence. Nous serions donc tentés de l'adopter pour des raisons tactiques ! (*Sourires*) Mais, par conformité avec nos principes, avis défavorable.

Une convergence vers le bas serait un comble : défavorable également à l'amendement n°195.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le processus de convergence intersectorielle exige continuité et progressivité, pour aboutir en 2018. Ne la remettons pas en cause ! Défavorable à l'amendement n°194.

Avec l'amendement n°195, vous demandez que la convergence se fasse sur le tarif assurance maladie, alors que nous prenons en compte la totalité des financements. Défavorable.

L'amendement n°194 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°195.

M. le président. – Amendement n°199, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa du I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1^{er} janvier 2012. »

M. Alain Houpert. – La tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle

commune entre les établissements publics et privés : les prises en charge sont identiques entre les établissements quel que soit leur statut ; un cadre réglementaire unique régit leurs conditions d'implantation et de fonctionnement ; les profils des patients sont les mêmes.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Défavorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La prise en charge, pour les soins de suite et la réadaptation, est-elle identique dans tous les établissements ? les statuts du personnel non médical, par exemple, sont disparates. Une étude précise s'impose. Ne retardons pas les travaux en cours. Retrait ou rejet. Mais j'ai entendu votre message.

L'amendement n°199 est retiré.

Article 35 bis

M. le président. – Amendement n°20, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet article, inséré à l'Assemblée nationale, rétablit les ristournes négociées entre les laboratoires de biologie médicale et les établissements de santé. Lors de l'examen de la proposition de loi Fourcade, notre commission puis le Sénat tout entier avaient jugé ce retour en arrière contradictoire avec l'évolution du secteur de la biologie médicale. Le surcoût, pour les établissements de santé, pourrait être de 48 millions d'euros.

On ne peut accepter une guerre commerciale entre laboratoires. L'évolution des tarifs est de la responsabilité des autorités. On peut rationaliser les prescriptions et rendre plus efficace le recours aux examens : c'est l'objet de la médicalisation.

La commission, fidèle à sa position, refuse les ristournes.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Nous avons rétabli les remises de tarif par les laboratoires. Les supprimer n'améliorera pas la qualité des soins. Pourquoi se priver d'une économie indolore de 50 millions ? Les laboratoires sont accrédités, je vous le rappelle. Défavorable.

M. Alain Milon. – Si l'amendement est adopté, le mien tombera. Le rétablissement des remises avait fait l'objet d'un long débat lors de la discussion de la loi Fourcade. Je préfère une réécriture de l'article mais ne croyez pas, madame la ministre, que vous gagnerez beaucoup à restaurer les ristournes. Je voterai contre l'amendement pour que le mien reste en débat.

L'amendement n°20 est adopté.

L'article 35 bis est supprimé.

L'amendement n°229 devient sans objet.

L'article 35 ter est adopté.

Article 35 quater

M. le président. – Amendement n°21, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'article 35 quater distingue, dans le mécanisme de régulation des remboursements en sus des prestations d'hospitalisation, les médicaments des dispositifs médicaux. Cette dissociation entraînerait des coûts importants pour adapter les systèmes informatiques et ralentirait la maîtrise des dépenses.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Il est déjà possible d'évaluer séparément ces dépenses, sans surcoût lié au traitement de l'information : à Laon, le coût lié aux médicaments a augmenté de 15 %, celui lié aux dispositifs médicaux a baissé de 11 %. L'évolution est inverse pour l'AP-HP... Retrait, sinon rejet.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La Cnam elle-même dit que cela coûterait très cher. Mais je veux bien faire un geste de bonne volonté.

L'amendement n°21 est retiré.

L'article 35 quater est adopté.

Article 35 quinquies

L'amendement n°265 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°22, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 8 et 9

Supprimer ces alinéas.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La convergence tarifaire suscite de vifs débats, et le Parlement a dû à plusieurs reprises en reporter le terme et en revoir les modalités. Rien n'a été proposé pour rendre comparables les tarifs des établissements publics et privés. Les études sont au point mort, certaines d'entre elles étant même impossibles à réaliser. La Cour des comptes confirme que les tarifs ne couvrent pas les mêmes champs de dépenses dans les deux secteurs : les honoraires des praticiens des médecins libéraux et les actes de biologie et d'imagerie en sont exclus dans le privé. La Cour note aussi que la convergence ciblée mise en œuvre depuis 2010 contredit dans certains cas les priorités de santé publique et que si elle était poursuivie, elle présenterait un caractère de plus en plus artificiel. Le Gouvernement, qui dit en attendre une économie de 100 millions d'euros, souhaite la prolonger en 2012 sur quelques tarifs, alors que l'expérience, par exemple

des accouchements par voie basse sans complication, n'est pas un succès.

Avancer à marche forcée ne règle pas les questions en suspens sur le périmètre ou même l'intérêt pour le patient. Il est temps de remettre à plat le système. La commission a proposé de mettre fin à la convergence, mais le président de la commission des finances a déclaré notre amendement irrecevable... Je retirerai l'amendement, mais je souhaite entendre le Gouvernement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Vous voulez supprimer du rapport sur le financement des établissements de santé la partie relative à la convergence. J'y suis hostile, car il faut évaluer en toute transparence les choix du Gouvernement.

L'amendement n°22 est retiré.

L'article 35 quinquies est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°190, présenté par M. Houpert.

Après l'article 35 quinquies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À titre expérimental et pour une durée de trois ans à compter de la publication de la présente loi, une pharmacie à usage intérieur peut confier à un dépositaire pharmaceutique par un contrat écrit, le stockage et la distribution des médicaments et dispositifs médicaux.

Le contrat fixant les engagements des parties est soumis à autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé.

Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le cahier des charges du dépositaire pharmaceutique, la liste des catégories de produits concernés ainsi que des indicateurs de suivi.

Les bénéficiaires de l'autorisation remettent à l'agence régionale de santé un rapport d'étape annuel et un rapport final qui comportent une évaluation économique et pharmaceutique.

L'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 5126-10 du code de la santé publique.

Au terme du délai de trois ans, un rapport d'évaluation sur les résultats de l'expérimentation est présenté par le ministre chargé de la santé.

M. Alain Houpert. – Le stockage et la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux en établissements de santé sont des missions exclusives des pharmacies à usage intérieur (PUI). Or les établissements sont confrontés à des difficultés liées au stock immobilisé, à la mobilisation de main-d'œuvre pharmaceutique et infirmière affectée à des fonctions logistiques, mais aussi à la gestion de leur flux d'approvisionnement.

Je propose une expérimentation autorisant pendant trois ans les PUI à sous-traiter le stockage de certains médicaments et dispositifs médicaux et de les distribuer dans certaines unités de soins.

Sur la base de la généralisation de la mesure à une cible de 20 % des 500 000 lits et places installés en France, et sur les seules charges relatives au fonctionnement, la diminution de charges pourrait atteindre 86 M€.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cette mesure avait fait débat l'an dernier et elle a été écartée par la CMP. Les coûts de gestion des produits volumineux peuvent être importants pour les hôpitaux, mais la sous-traitance peut nuire à la sécurité d'approvisionnement. Avis défavorable. Que propose cependant le Gouvernement pour améliorer la gestion des médicaments dans les grandes agglomérations ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Retrait. Les Assises du médicament ont montré qu'une vigilance accrue était nécessaire. Deux problèmes se posent ici : la responsabilité, en cas de problème sur la gestion du stock ; la concertation, qui n'a pas eu lieu en l'occurrence avec les intéressés.

M. Alain Houpert. – La logistique et le stockage entrent-ils dans les compétences des hôpitaux ? Les pharmacies hospitalières devraient se concentrer sur la sécurité sanitaire. L'amendement permettrait de faire d'importantes économies. Et la responsabilité du pharmacien hospitalier demeure.

M. René Beaumont. – Il y a 86 millions d'euros d'économies à faire ! Distribuer du sérum physiologique ne requiert pas de grandes compétences...

Mme Catherine Génisson. – Comment savoir qu'il y a 86 millions d'euros d'économies à la clé, s'il n'y a pas eu d'expérimentation ? La sécurité sanitaire est essentielle. Il y a déjà eu des incidents avec du sérum physiologique, confondu avec d'autres produits... Rompre les circuits, c'est augmenter le risque d'erreurs.

M. Alain Houpert. – Il ne s'agit pas de la distribution des médicaments à l'intérieur des services, mais d'éviter aux hôpitaux d'avoir à les stocker, pour se concentrer sur la sécurité sanitaire. Un hôpital de Normandie a déjà fait 1 million d'économies... Si l'expérimentation n'est pas concluante, on pourra y mettre fin.

L'amendement n°190 n'est pas adopté.

Article 35 sexies

M. le président. – Amendement n°23, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet article prévoit que les établissements de santé disposent d'un an, sous peine de prescription, pour facturer leurs prestations à l'assurance maladie. Aujourd'hui, les hôpitaux transmettent des informations dans une base de données à partir desquelles les ARS fixent le montant mensuel que les caisses d'assurance maladie doivent verser.

Une expérimentation dans 55 établissements est en cours pour passer à la facturation individuelle des établissements de santé (Fides). Cet article perturberait l'expérimentation.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'expérimentation ne serait nullement perturbée : 99,8 % des factures sont déjà transmises avant un an ! Et c'est heureux, car il faut pouvoir suivre l'évolution des dépenses exercice par exercice.

L'expérimentation concerne les systèmes comptables de l'assurance maladie et des hôpitaux.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – S'il en est ainsi, je suis prêt à retirer l'amendement.

L'amendement n°23 est retiré.

M. le président. – Amendement n°224, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Alinéa 2

Remplacer les mots :

un an

par les mots :

trois ans

M. Alain Milon. – Les assurés et leurs ayants droit mais aussi les professionnels et établissements de santé, du fait du tiers payant, disposent d'un délai légal de deux années à compter du premier jour du trimestre suivant les prestations pour obtenir le règlement auprès d'une caisse d'assurance maladie des prestations facturées aux assurés sociaux. Compte tenu de la complexité croissante des facturations et des évolutions importantes dues à la tarification à l'activité ou aux changements informatiques intervenus dans les chaînes de liquidation, il serait nécessaire d'allonger ce délai à trois années. Les caisses d'assurance maladie bénéficient d'une prescription triennale pour la récupération des sommes indûment versées.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Quel est l'avis du Gouvernement ? La commission, qui voulait supprimer l'article, s'est prononcée pour le retrait ou à défaut le rejet.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le délai voulu par l'Assemblée nationale ne pose aucun problème. Retrait ou rejet.

M. Alain Milon. – Ainsi, 99,8 % des établissements transmettent leurs factures avant un an, mais cela ne signifie pas que 99,8 % des factures seront réglées dans ce délai... Cela dit, je retire l'amendement.

L'amendement n°224 est retiré.

L'amendement n°268 rectifié n'est pas défendu.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Un an d'un côté, trois ans de l'autre... Je veux bien croire Mme la secrétaire d'État sur parole, mais j'aimerais disposer de données plus précises.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Je précise à M. Milon qu'il s'agissait de 99,8 % des factures. Madame Borvo, le délai de remboursement n'est pas de trois ans, mais de 2 ans et trois mois.

L'article 35 sexies est adopté, ainsi que l'article 35 septies.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°230, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Après l'article 35 septies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : « ou des communes », sont insérés les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ».

M. Alain Milon. – Beaucoup, parmi les plus fragiles, ne sont pas à jour de leurs vaccinations. Le simple signalement fait par le Centre d'examen de santé (CES) de la non-conformité au calendrier vaccinal n'est pas suffisant pour conduire les personnes concernées à rattraper leur retard. Il serait beaucoup plus efficace de pratiquer les vaccinations nécessaires sur place dans le même temps que le bilan de santé.

L'amendement n°230, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté et devient un article additionnel.

Article 36

M. le président. – Amendement n°24, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 6, 36 et 60

Supprimer ces alinéas.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Le Fonds d'intervention régional (FIR) rassemblera diverses sources de financement à la disposition des ARS et rendra les crédits fongibles ; il apportera davantage de souplesse. Mais nous nous interrogeons sur la permanence des soins, le vote en LFSS et la date d'entrée en vigueur.

L'amendement n°24 exclut la permanence des soins du financement du FIR. Il est trop tôt, les cahiers des charges n'ont même pas été adoptés par les ARS. Mais je veux bien être convaincu par Mme la ministre...

M. le président. – Amendement n°25, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 16

Remplacer les mots :

par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

par les mots :

par la loi de financement de la sécurité sociale

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je serai plus ferme sur cet amendement de principe ; la commission des finances a rédigé un amendement identique.

Les dotations des caisses d'assurance maladie au Fiqcs et au FMESPP sont aujourd'hui fixées, chaque année, en loi de financement de la sécurité sociale. L'article prévoit un simple arrêté. Cela réduirait le contrôle du Parlement, alors qu'il pourrait s'agir d'1,5 milliard d'euros !

M. le président. – Amendement n°27, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

I. - Alinéa 27

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Un rapport annuel retraçant l'activité du fonds est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et adressé au conseil national de pilotage. À partir de ces données, le conseil national de pilotage établit un rapport annuel évaluant le fonctionnement du fonds. Ces deux rapports sont transmis par le Gouvernement au Parlement avant le 15 septembre de chaque année.

II. - Alinéa 49

Supprimer cet alinéa.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet amendement rétablit la transmission au Parlement du rapport d'activité du Fiqcs.

M. le président. – Amendement n°26, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 20

Rédiger ainsi cet alinéa :

« Dans le respect de l'article L. 1434-6, un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées fixe, au sein des ressources du fonds :

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement tend à renforcer le principe de la fongibilité asymétrique, interdisant de transférer des crédits destinés aux personnes âgées ou handicapées vers l'activité de soins.

M. le président. – Amendement n°28, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 32 et 33

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

4° Le second alinéa de l'article L. 1434-6 est supprimé.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Même objet que le précédent, s'agissant de la prévention.

M. le président. – Amendement n°29, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéas 55 à 59

Remplacer ces alinéas par un paragraphe ainsi rédigé :

... - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La mise en place du nouveau fonds d'intervention régional est une opération délicate, si délicate que le Gouvernement a dû prévoir des mécanismes transitoires complexes, les textes d'application ne pouvant être prêts au 1^{er} janvier 2012. Il faut du temps !

Cet article 36 est le symptôme de la complexité croissante de notre droit : le FIR s'ajoutera aux fonds existants.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable à l'amendement n°24 : la permanence des soins est précisément une des compétences des ARS. Le FIR permet d'organiser l'ensemble des opérations de permanence en ambulatoire -versement des indemnités de garde, astreintes réalisées par les cliniques... Exclure la permanence lui enlèverait toute portée ; plus de 900 millions d'euros sont en jeu. On ne peut attendre : le FIR doit être opérationnel dès 2012. Mais je comprends votre prudence.

Mme Catherine Génisson. – *Quid* des fonds destinés à la permanence des soins relevant du

Fiqcs ? Seront-ils transférés automatiquement au FIR ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le FIR vise à regrouper les financements.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Compte tenu de ces éclaircissements, je retire l'amendement.

L'amendement n°24 est retiré.

M. le président. – Amendement n°84, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Alinéa 7, seconde phrase

Après les mots :

établissements de santé

insérer les mots :

publics ou privés non lucratifs

M. Dominique Watrin. – Les auteurs de cet amendement ne souhaitent pas que ce FIR puisse bénéficier à des établissements privés lucratifs. Chaque année, on réduit les crédits du Fiqcs et du FMESPP : cela nous inquiète. Ces financements doivent être réservés aux établissements publics ou privés non lucratifs.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cette mesure serait dommageable aux patients ; les établissements privés, qu'on le regrette ou non, font partie de l'offre de soins.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Même avis. Certains établissements privés participent à la permanence des soins.

L'amendement n°84 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement n°262 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°137, identique à l'amendement n°25 de la commission des affaires sociales, présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Comme la commission des affaires sociales, nous considérons qu'une dotation d'un milliard d'euros ne peut être fixée par arrêté et échapper au contrôle du Parlement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Déterminer le montant de la dotation dès le mois de septembre, lors de l'élaboration du PLFSS, serait moins précis ; la prudence pourrait même conduire à le minimiser. L'exigence de transparence est portée par une logique de résultat plus que de moyens. Tous les éléments figureront en annexe de chaque PLFSS ; un rapport spécifique est prévu qui vous informera complètement de l'action des ARS. Retrait ou rejet.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Une telle somme -1,5 milliard- échapperait au contrôle du Parlement ? Je maintiens l'amendement.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Ce que le Gouvernement fait pour les deux autres fonds, il ne pourrait le faire pour le FIR ? Il ne nous promet qu'une évaluation *a posteriori* : c'est inacceptable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – J'espérais vous convaincre. Je vous rappelle que dès l'an prochain, le Parlement votera des sous-objectifs de l'Ondam...

Les amendements identiques n°s 25 et 137

sont adoptés.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable à l'amendement n°26.

À l'issue d'une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°26, mis aux voix par assis et levé, est adopté.

M. le président. – Amendement n°270 rectifié, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Alinéas 24 et 25

Rédiger ainsi ces alinéas :

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Cette répartition est effectuée sur la base de critères objectifs tenant compte, pour chaque région, de la population, de la mortalité évitable et du taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de celui de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants.

« La gestion comptable et financière du fonds est confiée dans chaque région à une Caisse primaire désignée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut déléguer une partie de ses crédits aux agences régionales de santé.

Mme Catherine Génisson. – Il faut tenir compte des inégalités territoriales. En outre, la gestion comptable et financière du FIR doit être confiée à une caisse primaire désignée par la Cnam. Mme Létard a complété notre rédaction par un amendement précisant la notion de précarité.

M. le président. – Amendement n°217, présenté par Mme Létard et les membres du groupe de l'UCR.

Alinéa 24

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette répartition s'effectue en tenant compte du taux de morbidité, du taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de celui de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants.

Mme Muguette Dini. – Les inégalités régionales en matière de santé restent une réalité malgré les efforts

consentis. Il est nécessaire que la répartition des crédits du FIR les prenne en compte et que le déploiement de ses moyens puissent se faire, de manière renforcée, en direction des régions où les besoins sont les plus importants. Ceci ne peut se faire qu'à partir de critères objectifs et aisément comparables par rapport à la moyenne nationale.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Il est problématique de fixer des critères en nombre limité dans la loi : le nombre d'accidents de la route ou domestiques -que l'on peut considérer comme « évitables »- doit-il être pris en compte pour la répartition des crédits du FIR ? L'adjectif « évitables » mériterait d'être supprimé. Il faudrait aussi parler du taux pour 100 000 habitants de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral. Je ne peux en outre être favorable au deuxième paragraphe : la gestion par la Cnam garantit une vision globale. Je suggérerais de rectifier l'amendement n°270 rectifié en ce sens. Auquel cas l'avis serait de sagesse positive...

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La Cnam désignera nécessairement des caisses primaires pour le paiement des opérateurs, mais une vision globale est indispensable. Retrait ou rejet de l'amendement n°270 rectifié.

Les critères retenus par l'amendement n°217 sont incomplets. Le rapport annuel révélera les critères de répartition interrégionale.

Mme Catherine Génisson. – Les indicateurs me paraissent pertinents ; le niveau de précarité est particulièrement discriminant. Je ne peux rien refuser à M. le rapporteur général...

M. le président. – Il s'agira de l'amendement n°270 rectifié *bis*.

Amendement n°270 rectifié *bis*, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Alinéas 24 et 25

Remplacer ces deux alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« La répartition régionale des crédits est fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé, du budget, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Cette répartition est effectuée sur la base de critères objectifs tenant compte, pour chaque région, de la population, de la mortalité et du taux de bénéficiaires du revenu de solidarité active et de celui de médecins généralistes et spécialistes exerçant à titre libéral pour 100 000 habitants.

Mme Muguette Dini. – Je retire l'amendement n°217, mais pourquoi le Gouvernement ne complète-t-il pas nos critères ?

L'amendement n°217 est retiré.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Tous ces aspects seront pris en compte -au premier chef la précarité- et figureront dans le rapport.

L'amendement n°270 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°247 rectifié, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'alinéa 25

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les critères d'attribution des dotations régionales annuelles sur la base desquels est effectuée la répartition régionale des crédits sont transmis au Parlement au plus tard le 15 avril de l'année en cours.

Mme Catherine Génisson. – Cet amendement s'explique par son texte même.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable.

L'amendement n°247 rectifié est adopté.

L'amendement n°27, repoussé par le Gouvernement, est adopté.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Sur l'amendement n°28, avis défavorable. La contribution doit être maintenue dans sa forme actuelle.

L'amendement n°28 est adopté.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Sur l'amendement n°29, même avis.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Nos contacts avec les ARS sur la mise en œuvre du FIR me conduisent à retirer l'amendement.

L'amendement n°29 est retiré.

Mme Isabelle Pasquet. – Je suis inquiète sur l'avenir du mouvement mutualiste dans mon département. Le centre de La Ciotat, créé par le comité d'entreprise des Chantiers navals, a mis en lumière le scandale de l'amiante. Dans les Bouches-du-Rhône, plus de 10 % de la population se rend en consultation dans les centres de santé mutualistes -et beaucoup plus dans les quartiers défavorisés.

Or, la Mutualité est en cessation de paiement, à cause du désengagement des pouvoirs publics. Les entreprises ferment, grossissant les rangs des chômeurs, qui fréquentent les centres de santé, déjà déficitaires. Les salariés des centres nous alertent : quelles dispositions prendra le Gouvernement pour soutenir ce grand mouvement ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Transmettez-moi les éléments, je les ferai parvenir au ministre de la santé.

Mme Isabelle Pasquet. – Il a déjà reçu plusieurs courriers.

L'article 36, modifié, est adopté.

Articles additionnels

L'amendement n°168 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°191, présenté par M. Houpert.

Après l'article 36

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article 63 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est ainsi rédigé :

« III. – Un rapport est établi annuellement et remis au Parlement le 1^{er} octobre de chaque année concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du même code pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. Ce rapport, et l'évaluation qu'il comporte, constituent un préalable nécessaire à toute généralisation éventuelle de la mesure d'accord préalable à de nouveaux actes. »

M. Alain Houpert. – La loi de financement pour 2011 a introduit en son article 63 une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation. Ce dispositif repose sur des référentiels publiés par la Haute autorité de santé ; quatre types d'actes de rééducation sont concernés.

Un rapport devait être remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de cette mesure pour les établissements de soins de suite et de réadaptation. Nous l'attendons toujours.

Comment généraliser le dispositif à de nouveaux actes, sans une évaluation précise à l'issue de la première année ?

Nonobstant cette circonstance, l'évaluation de la mesure d'accord préalable nécessite également d'être réalisée chaque année afin de s'assurer que le dispositif n'a pas pour effet de désorganiser la filière de soins compte tenu du rôle majeur et charnière joué par le secteur dans la chaîne sanitaire.

Toute prise en charge nécessite la mise en place d'un projet thérapeutique par une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin ayant prescrit l'admission. Elle doit en outre promouvoir une éducation thérapeutique du patient.

La circulaire du 3 octobre 2008 précise que les structures de soins et de réadaptation apportent une plus-value réelle au patient pour lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les centres sont soumis à un ensemble de sujétions règlementaires au titre des autorisations d'installation, de certification par la Haute autorité de santé.

Ces contraintes et obligations, lourdes et onéreuses, garantissent une qualité de prise en charge pour les patients.

Cette prise en charge inclut un certain nombre de prestations complémentaires, telles que notamment les transports sanitaires, ce qui n'est pas le cas pour les transferts en cabinet de ville et représente donc un impact certain sur les dépenses d'assurance maladie.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Faire dépendre l'étude du dispositif de la remise d'un rapport peut poser des problèmes juridiques. Retrait ou rejet.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le décret est paru le 10 août dernier, comment procéder à un bilan ? Ce retard est lié à la lourdeur du processus de concertation.

Ce n'est pas mauvaise volonté de la part du Gouvernement Retrait ou rejet.

L'amendement n°191 est retiré.

Article 36 bis

Mme Catherine Génisson. – Les transports sanitaires urgents sont sous la responsabilité d'un sous-comité, lui-même sous le contrôle de l'ARS et du préfet. Sdis, Samu, directeurs d'hôpital, police, gendarmerie sont représentés au sein de ce sous-comité, qui traite des agréments, des sanctions, des carences ambulancières, du transport des obèses, des sorties blanches, du relèvement des personnes tombées à domicile... Il manque les sapeurs-pompiers ! Ils sont souvent sur la brèche en cette matière !

M. le président. – Amendement n°30, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'alinéa 7

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet amendement vise à ce que l'expérimentation, prévue à cet article et relative aux transports sanitaires urgents pré-hospitaliers, fasse l'objet, comme il est d'usage, d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation mais

pourquoi un bilan six mois avant la fin ? Les sapeurs-pompiers seront compris dans le rapport. Je rappelle qu'ils reçoivent des dotations pour cette mission de transport d'urgence. Défavorable.

L'amendement n°30 est adopté.

L'article 36 bis, modifié, est adopté.

M. le président. – Les articles 37 et suivants ayant été examinés en priorité, nous en venons à l'article 39.

Article 39

M. le président. – Amendement n°35, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Le système actuel qui conditionne la rémunération des pharmaciens au volume vendu n'est pas satisfaisant, mais celui proposé ici ne l'est pas non plus. Ces honoraires de dispensation seront-ils à la charge des assurés ? Il faudrait que les prix baissent... La notion d'honoraires n'existe pas dans le code s'agissant des médicaments. La réforme est attrayante pour les pharmaciens, moins pour les assurés... Il n'y a aucune raison de leur faire porter la charge d'une nouvelle rémunération des pharmaciens, pouvant certes être prise en charge par les complémentaires, mais avec pour effet inévitable une hausse des cotisations...

Une participation des assurés n'est envisageable qu'en contrepartie d'une baisse du prix des médicaments.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La rémunération actuelle est fondée sur une marge, la nouvelle, sur des honoraires de dispensation. C'est l'Igas qui estime nécessaire de découpler prix des médicaments et rémunération des pharmaciens. Les marges de ces derniers diminueront, et les assurés ne seront pas plus mis à contribution qu'aujourd'hui. Le ticket modérateur sera calibré afin que le basculement se fasse à coût constant pour les assurés mais aussi pour l'assurance maladie.

La rémunération sera conforme à la mission d'intérêt public des pharmaciens. Retrait ou rejet.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je ne mets pas en doute ce que dit Mme la secrétaire d'État, mais il faudrait sécuriser le dispositif.

L'amendement n°35 est adopté.

L'article 39, modifié, est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°221, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguère, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot,

Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Après l'article 39

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est complété par les mots : « ou dans toute commune dépourvue d'officine ».

M. Alain Milon. – Cet amendement tend à favoriser les regroupements d'officines de pharmacie en étendant leur territorialité à l'ensemble des communes.

Il n'est pas cohérent de les empêcher de se regrouper dans les communes dépourvues d'officine.

Si cet amendement n'entraîne aucune modification des autres articles du code de la santé publique, c'est parce que les regroupements ne sont pas soumis aux quotas de population, contrairement aux transferts. Le nombre de regroupements et de transferts interrégionaux réalisés depuis les modifications apportées par l'article 59 de la loi de financement de 2008 permet de penser que les regroupements manquent plus d'espace que de temps.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Attention aux conséquences indésirables ! Des pharmacies seront fermées ici, une pharmacie sera regroupée dans une commune éloignée, dépourvue de pharmacie mais voisine d'une commune en possédant une. Ce n'est pas un aménagement du réseau harmonieux !

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Les conditions de regroupement et de transfert figurent déjà dans le code. Nous voulons limiter le nombre des pharmacies là où il y en a trop, pas là où il y a pénurie ! Retrait.

M. Alain Milon. – Soit, mais regrouper des pharmacies en surnombre en centre ville pour une installation dans des quartiers excentrés serait utile.

L'amendement n°221 est retiré.

Article 40

M. le président. – Amendement n°36, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet article ouvrirait la possibilité, pour les établissements de santé, publics ou privés, de créer une tarification spécifique pour des soins programmés à destination de personnes non couvertes par un régime d'assurance maladie français ou coordonné avec la France.

Selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, il s'agit de « développer une offre de soins spécifique à

destination des patients étrangers fortunés ». La tarification se complique encore...

Facturer plus cher les VIP étrangers apportera certes des recettes nouvelles, mais les établissements concernés pratiquent déjà les dépassements d'honoraires. Et il y a la question de principe : si le tarif est fixé correctement, pourquoi faire payer certains plus cher ?

Le tarif journalier est souvent supérieur à la T2A, comme l'a montré l'Igas ! Il y a une contradiction dans le discours du Gouvernement.

M. le président. – Amendement identique n°90 rectifié, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Mme Isabelle Pasquet. – Cette disposition ne concerne guère les hôpitaux publics.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Faux !

Mme Isabelle Pasquet. – Une clinique parisienne facture 55 euros une chambre individuelle. Et toutes les prestations annexes, -télévision, salon, lit électrique deux places, etc.- sont facturées 585 euros. Elle n'a donc pas besoin de l'instauration de frais différenciés

L'an dernier, vous avez instauré un forfait de 30 euros aux étrangers en situation irrégulière. Demain, les salariés ou étudiants étrangers se verront-ils appliquer un tarif différent ? Ce n'est pas l'esprit de notre système.

M. le président. – Amendement identique n°138, présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Pour la commission des finances, il ne s'agit pas d'un problème de principe mais de piètre rédaction.

Dans trois cas seulement, on est exclu de ce système -AME, soins d'urgence, soins humanitaires. Il y a le risque que les étrangers fortunés ne soient soumis à des décisions arbitraires. Tout cela n'est ni fait ni à faire.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Il s'agit d'une dérogation pour étrangers fortunés, qui ne porte pas atteinte aux autres étrangers et ne remet en cause ni l'AME, ni l'aide humanitaire, ni la prise en charge en urgence. C'est un public particulier qui est visé -et qui ne fréquente pas seulement les établissements privés.

Les établissements publics pourraient ainsi gagner des recettes propres. Certains ont déjà créé des services VIP avec succès. Défavorable.

Mme Catherine Génisson. – C'est une rupture totale avec les principes fondateurs de la sécurité sociale. La médecine n'est pas une marchandise. Cet article est choquant. Nous tomberions bien bas en l'adoptant.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Pour une fois que nous ne voulons pas faire payer les riches... (Sourires)

Les amendements identiques n°s 36, 90 rectifié et 138 sont adoptés.

L'article 40 est supprimé.

L'article 41 est adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°118 rectifié *bis*, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La maison de santé ne peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale qu'à la condition d'appliquer les tarifs opposables. »

Mme Laurence Cohen. – Certains médecins, surtout les jeunes, préfèrent mettre fin à un exercice libéral isolé. Le système actuel de premier recours n'est plus apte à répondre aux besoins de la population. Les maisons de santé sont une bonne solution, y compris administrative. L'exercice regroupé permet aussi d'assurer une meilleure qualité de vie aux médecins.

Il convient de réserver les subventions à ceux qui observent les tarifs opposables.

M. le président. – Amendement n°249, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 41

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La maison de santé peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale à la condition d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant. »

Mme Catherine Génisson. – Les maisons de santé, cela marche ! Elles doivent élaborer un projet de santé conforme au schéma régional et transmis à l'ARS. Elles reçoivent des aides publiques à l'investissement ou au fonctionnement. Les conseils régionaux et généraux -que vous critiquez tant- leur versent aussi des subventions. Il serait normal de leur demander d'appliquer les tarifs opposables et le tiers payant.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je suis favorable sur le principe mais comme le Fiqcs ne

financera plus ce type de dépenses, les amendements deviendront bientôt sans objet.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Défavorable aux deux amendements. Pourquoi ennuyer les médecins qui veulent se regrouper ?

Mme Catherine Génisson. – Peut-être faut-il rectifier nos amendements pour faire référence au FIR ?

Mme Laurence Cohen. – Oui !

M. Alain Milon. – Les maisons de santé ont été créées non pour que les médecins s'y installent, mais pour qu'ils y assurent des consultations, tout en continuant à travailler ailleurs. Parmi eux, il y a des praticiens en secteur 2. Empêcher ces derniers d'exercer en maisons de santé, c'est faire en sorte que ces dernières ne fonctionnent pas. Souvenez-vous qui a créé le secteur 2 !

M. Gérard Dériot. – Dites-le !

M. Alain Milon. – M. Jack Ralite !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je suggère de rectifier les amendements en faisant référence à l'article L. 1435-8 du code de la santé. (*Assentiment des signataires*)

Les amendements n^{os} 118 rectifié ter et 249 rectifié sont adoptés et deviennent un article additionnel

Article 42

Mme Jacqueline Alquier. – Sénatrice du Tarn, ancien département minier où fut élu Jaurès, je me réjouis de la confirmation dans cet article du principe de la gratuité des soins pour les anciens mineurs. C'est un acquis qui est préservé ainsi, nullement un privilège. Cependant le Gouvernement a mis fin le 31 décembre 2009 à la prise en charge du transport sanitaire des anciens mineurs. Sans parler des franchises médicales. Soyons vigilants.

M. Dominique Watrin. – Le régime minier est le fruit d'une histoire ancienne.

Le régime est-il spécial ? Les conditions de travail des mineurs l'étaient : danger et difficultés justifiaient la gratuité de l'accès aux soins.

À l'extérieur des bassins miniers, on le comprend mal, mais les mineurs n'ont jamais été des privilégiés. Leurs logements datent souvent du siècle dernier ; ils ont cotisé toute leur vie à un taux supérieur à la moyenne nationale.

La grande grève patriotique de 1941 fut le premier grand mouvement antinazi, et plusieurs centaines de participants, arrêtés, ne sont jamais revenus. Il y a aussi les maladies spécifiques, la silicose.

La garantie de structures de soins de premier recours gratuits doit être maintenue. Que deviendront les 180 centres de santé des bassins miniers, ouverts à toute la population, atout considérable pour ces

zones ? Les frais de transport vers des centres éloignés doivent continuer à être pris en charge. Notre amendement à ce sujet a été frappé d'irrecevabilité, hélas. Songeons aussi à l'emploi dans ces centres.

Mme Catherine Génisson. – Nous sommes tous redevables aux mineurs pour ce qu'ils ont apporté à la France. Nombreux sont ceux qui n'ont pas beaucoup profité de leur retraite : je pense à tous ceux qui sont morts de silicose ou d'antracose, dans d'atroces souffrances. Les anciens mineurs doivent pouvoir contribuer à bénéficier d'un système de santé dont nous pourrions nous inspirer.

M. le président. – Amendement n°91 rectifié bis, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Avant l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « ainsi que », sont insérés les mots : « les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées, ».

M. Dominique Watrin. – Le Gouvernement a pris l'engagement de garantir législativement la gratuité des soins. Ce fut un soulagement de l'apprendre pour les intéressés. Mais le texte ne fait aucune référence aux franchises médicales. Le rapporteur général souligne la confusion et l'ambiguïté de la rédaction. Soyons précis.

Le rapporteur général considère que l'amendement préserve les droits acquis. Nous ne mettons pas en doute ses propos. Notre amendement est donc de clarification.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement précise que les participations et franchises ne sont pas exigibles pour ces assurés. Il me semble que c'est redondant, mais j'aimerais avoir les assurances du Gouvernement que les affiliés seront exonérés du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des franchises. Auquel cas, l'amendement pourrait être retiré ; à défaut, il faudrait le voter.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Il n'y aura ni participations ni franchises. Le Gouvernement a prévu d'augmenter de 6 millions d'euros d'ici 2013 les dotations destinées au régime minier, pour que personne n'ait à renoncer aux soins. L'amendement est satisfait. Défavorable.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Votre réponse ne me satisfait pas pleinement. Confirmez-vous que ticket modérateur, participation forfaitaire et franchise sont concernés ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Je le confirme pour les trois.

L'amendement n°91 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Amendement n°258, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin d'y concourir et de favoriser le maintien à domicile et l'égalité d'accès aux soins pour les affiliés ne disposant plus d'offre minière à proximité, une prestation accès aux soins est organisée et prise en charge. »

M. Dominique Watrin. – Cet article, c'est la fin programmée du régime minier. Le taux spécifique pour les cures et les frais de transport a été supprimé. Les affiliés sont très âgés et peu fortunés. L'accès aux soins est en péril. La suppression de l'article 2-2 B du décret de 1992 n'est pas compensée par l'article 42.

Nous proposons donc de créer une prestation spécifique assurant l'accès aux soins.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – C'est sans doute grâce à sa rédaction imprécise que cet amendement a pu passer le filtre de l'article 40... Les affiliés pourront sans dommage se rendre dans l'établissement le plus proche. Retrait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'article 42 n'a pas vocation à compenser la suppression de l'article 2-2 B du décret : les crédits d'action sociale le feront, en particulier pour le transport sanitaire. Sur les 6 millions promis, 2,5 millions ont déjà été débloqués en 2011.

Cet amendement n'a pas sa place dans cet article, qui garantit une prise en charge à 100 % des dépenses de santé des affiliés, conformément à la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et le régime. Avis défavorable.

M. Dominique Watrin. – Les crédits d'action sociale seront augmentés, certes. Mais ce n'est garanti que pour 2012. Le décret du 30 août fait craindre pour l'avenir une diminution globale de l'action sociale et sanitaire. Je maintiens l'amendement.

L'amendement n°258 n'est pas adopté.

M. Alain Milon. – Le groupe UMP votera cet article très important pour les mineurs. Dans ma famille, je suis le seul à ne pas être mineur... encore maintenant ! Je me réjouis des mesures que prend le Gouvernement.

L'article 42 est adopté, ainsi que les articles 43 et 44.

Article 45

M. le président. – Amendement n°37, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet article permet le financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) par le Fonds de

modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp).

Pourquoi multiplier ainsi les tuyaux ? La loi de modernisation sociale de 2008 prévoit une dotation de l'État.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Il faut prévoir des financements exceptionnels pour des projets innovants. Retrait ou rejet.

L'amendement n°37 est adopté.

L'article 45 est supprimé.

Article 46

M. le président. – Amendement n°38, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

I. – Alinéa 2

Remplacer le montant :

300 millions

par le montant :

385,87 millions

II. – Alinéa 4

Remplacer le montant :

161 millions

par le montant :

151 millions

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Nous n'avons toujours pas reçu le bilan d'activité du fonds de modernisation. À titre conservatoire, faute d'informations sur sa situation financière, nous voulons maintenir les crédits prévus initialement. On annonce une baisse de 100 millions d'euros dans le cadre du plan de rigueur : à partir de quelle base ? Celle du Gouvernement ou celle votée à l'Assemblée nationale ?

En ce qui concerne les ARS, nous préférons maintenir le niveau de 2011. Leur travail est harassant, car leur champ de compétences est immense ; peut-être faudra-t-il revoir certaines dispositions législatives. Il n'est, en tout état de cause, pas normal que l'assurance maladie finance des services déconcentrés de l'État. Comment le Gouvernement a-t-il établi son estimation ? Le montant, de 161 millions d'euros aujourd'hui, sera-t-il modifié chaque année ?

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La LFSS pour 2011 avait fixé à 151 millions d'euros la dotation de l'assurance maladie aux ARS ; mais pour rendre leur financement pérenne, il faut porter la dotation à 161 millions. Le rapport de contrôle de la Cour des comptes sera bientôt disponible. Comment diminuer leurs moyens, déjà insuffisants ?

Le Gouvernement propose la diminution des crédits du Fmespp, pour des investissements non engagés. Avis défavorable.

M. Jacky Le Menn. – Nous ne disions certes pas que les ARS auraient trop de moyens mais ce n'est pas à la sécurité sociale de les financer.

M. Alain Milon. – On est passé de 173 millions en 2010 à 161 millions cette année : il n'y a pas augmentation.

L'amendement n°38 est adopté.

L'article 46 modifié est adopté, ainsi que l'article 46 bis.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°252, présenté par M. Godefroy et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 46 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-4 du code du travail lorsque l'assuré ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité est pris en charge soit directement par l'employeur, soit au titre des garanties qu'il a souscrites à un fonds de mutualisation et cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. »

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il s'agit de remédier au préjudice financier injustement subi par le salarié qui a fait l'objet d'une déclaration d'inaptitude consécutive à une maladie ou à un accident non professionnel : durant toute la durée de cette procédure, il ne reçoit ni rémunération, ni indemnités pour maladie. Le problème touche en particulier des ouvriers du BTP.

La jurisprudence de la Cour de cassation donne un mois à l'employeur pour étudier les possibilités de reclassement ou licencier. Un revenu de remplacement pour cette période intermédiaire existe pour les victimes d'AT-MP. Il faut en étendre le bénéfice aux victimes d'accidents ou de maladies non professionnels.

L'amendement prévoit que ces indemnités journalières soient financées par un fonds abondé par les employeurs. Dans mon esprit, l'État devrait y contribuer mais l'article 40 m'empêche de l'écrire. Il revient au Gouvernement de le faire.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Votre demande est justifiée, le débat doit avoir lieu, mais cela relève des partenaires sociaux. Le coût pour les employeurs n'a pas été évalué. Le Gouvernement a travaillé à plusieurs mesures destinées à réduire la période où les salariés sont sans ressources.

L'article 41 de la loi de simplification du droit et d'allègement des démarches administratives a simplifié la déclaration d'inaptitude. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il s'agit d'un amendement d'appel. Rien n'empêche d'inciter les partenaires sociaux à aboutir. Cela dure depuis longtemps...

L'amendement n°252 est adopté.

M. le président. – Amendement n°251, présenté par M. Godefroy et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 46 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 323-4-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 323-4-1. – Au cours de toute interruption de travail d'au moins vingt et un jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

M. Jean-Pierre Godefroy. – Il s'agit cette fois des problèmes persistants occasionnés par l'insuffisante collaboration entre les médecins conseils de la Cnam et les médecins du travail pour déterminer la capacité d'un salarié à reprendre le travail, après un arrêt de travail supérieur à 21 jours.

Le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour le médecin conseil de consulter le médecin du travail au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, afin de préparer la reprise du travail ou envisager une formation. L'expérience montre que ce dispositif est peu opérationnel, faute d'être contraignant. Il faut redonner toute sa place à la médecine du travail.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement ferait intervenir les médecins conseils et médecins du travail plus tôt, et rendrait la consultation systématique. Avis favorable.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Le délai de 21 jours n'est pas réaliste. En trois mois, les caisses peuvent détecter les risques de désinsertion professionnelle. D'autres dispositifs d'évaluation et d'accompagnement existent. Un examen médical de

pré-reprise peut être requis, pour trouver des solutions. Le salarié peut demander le bénéfice d'actions de formation professionnelle continue. Avis défavorable.

M. Alain Milon. – En commission, M. Godefroy disait que les médecins n'ont pas toujours raison. Mais 21 jours, ce n'est pas raisonnable !

M. Jean-Pierre Godefroy. – C'est dans l'hémicycle que j'ai parlé ainsi. Si je rectifie l'amendement pour revenir à trois mois, seriez-vous favorable à ce qu'on rende systématique la consultation du médecin du travail ?

M. Alain Milon. – Cette collaboration est nécessaire : nous voterions alors l'amendement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Ce que j'aime au Parlement, c'est le débat constructif. Avis favorable à l'amendement rectifié.

M. Jean-Pierre Godefroy. – Je le rectifie donc en ce sens.

L'amendement n°251 rectifié est adopté.

Article 47

M. le président. – Amendement n°318, présenté par le Gouvernement.

1° Alinéa 2

Remplacer le nombre :

186,8

par le nombre :

186,6

2° Alinéa 3

Remplacer le nombre :

162,2

par le nombre :

162,0

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Pour la sincérité de l'Ondam, je propose de modifier les objectifs de dépenses pour 2012 de la branche maladie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et pour le régime général. Ces objectifs sont ajustés en baisse de 200 millions d'euros environ. La principale contribution à cette modification est la réduction de 86 millions d'euros du versement des régimes d'assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, suite à l'adoption d'un amendement à l'Assemblée nationale. Les autres ajustements tiennent compte des dernières informations disponibles sur les charges des régimes d'assurance maladie.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Le Sénat a rétabli les 86 millions d'euros du Fmespp. Par cohérence, avis défavorable.

L'amendement n°318 n'est pas adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je m'étais déjà interrogé à l'occasion de l'article 9 sur la construction de l'Ondam et la soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie. La commission appelle au rejet de cet article.

L'article 47 n'est pas adopté.

La séance est suspendue à 19 h 45.

*

* *

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE CARLE,
VICE-PRÉSIDENT

La séance reprend à 21 h 50.

M. le président. – Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 48.

Article 48

M. le président. – Amendement n°317, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 2

Rédiger ainsi cet alinéa :

	(en milliards d'euros)
	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	79,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,1
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
Total	171,6

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Cet amendement tire les conséquences pour l'Ondam de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale qui diminue la dotation de l'assurance maladie en

FMESPP ; les autres dépenses des établissements de santé passent de 19,4 à 19,3 milliards d'euros. L'Ondam reste à 2,8 %.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cet ajustement pour 2012 n'a pas lieu d'être puisque nous avons rétabli le montant initial de la dotation au Fonds de modernisation. Avis défavorable.

L'amendement n°317 n'est pas adopté.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Par coordination avec notre position sur les articles 9, 47 et les tableaux d'équilibre, nous proposons le rejet de l'article 48, d'autant que le taux d'évolution de l'Ondam sera réduit par la loi de financement rectificative ; autant dire que celui que nous propose le Gouvernement aujourd'hui est insincère...

Mme Laurence Cohen. – Nous craignons pour la spécificité de notre système de santé, caractérisée par l'accès de tous à une offre hospitalière de qualité, indépendamment des capacités contributives de chacun, alors que les cliniques privées ne recherchent qu'à maximiser leur profit ; celui de la Générale de santé a augmenté de presque 150 % en 2010...

Etablissements publics et privés n'ont pas la même finalité, satisfaire les besoins en santé de la population, y compris des plus fragiles, pour les premiers, générer du profit pour les seconds. Imposer la convergence tarifaire revient à nier cette différence fondamentale. Seul l'hôpital public accepte tous les patients sans discrimination, tandis que les actionnaires des établissements privés fixent les règles : pas de CMU, pas d'AME, pas d'urgences ni de personnes lourdement dépendantes...

Le coût des missions de service public non prises en compte dans les Migac augmentent celui des hôpitaux publics. Il est donc légitime d'abroger un dispositif inopérant, dont la seule finalité est l'institution d'un marché de la santé entre cliniques et hôpitaux.

Nous regrettons que l'article 40 ait été opposé à notre amendement.

M. Ronan Kerdraon, rapporteur. – Fixer aujourd'hui une progression de l'Ondam de 2,8 %, qui sera réduite à 2,5 % dans quinze jours ? Quel que soit le taux retenu, voilà qui illustre l'absence de réflexion sur une réforme structurelle de notre système de santé, tandis que les renoncements aux soins augmentent, que le reste à charge des assurés s'alourdit, que les hôpitaux s'appauvrissent et que les déserts médicaux s'étendent.

Le Gouvernement a décidé un plan d'économies, par voie réglementaire, de 2,7 milliards d'euros pour assurer le respect de l'Ondam 2012 : 550 millions pour la maîtrise médicalisée des soins de ville, 395 millions pour l'hôpital, 770 millions sur les médicaments ou encore 220 millions sur les indemnités journalières... Et 545 millions seront mis en réserve.

En 2011, 530 millions d'euros avaient été mis en réserve, dont 400 sur les Migac. Leur déblocage devrait intervenir, puisque l'Ondam pour 2011 a été respectée. Pourquoi ne pas les utiliser au lieu de baisser l'Ondam à 2,5% ?

La crise a bon dos, puisque la baisse de la masse salariale -et de l'Ondam- était prévisible dès le mois de septembre ; nous aurions évité cette mascarade...

L'article 48 n'est pas adopté.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°94 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises en cours d'année par le Gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

M. Dominique Watrin. – L'Ondam est trop faible pour couvrir les dépenses contraintes des hôpitaux.

Il est contestable de diminuer les tarifs, ce qui reporte abusivement une charge sur les hôpitaux. La baisse devient inacceptable dès lors qu'elle pèse plus sévèrement sur les hôpitaux publics, comme ce fut le cas en février -baisse de 0,7 %, contre 0,05 % pour les cliniques privées. Il faut sortir de la logique comptable de l'Ondam ; nous plaçons pour une adaptation de l'offre aux besoins, et non l'inverse.

Notre amendement, qui devrait faire l'unanimité, prévoit que les économies seront réalisées de façon équilibrée et transparente entre établissements publics et privés.

M. le président. – Amendement n°250, présenté par Mme Génisson et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les mesures prises par le Gouvernement en vue de prévenir ou de corriger un dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie hospitalier ne peuvent pas porter sur ces dotations. »

Mme Catherine Génisson. – Cet amendement vise à assurer la délégation intégrale du montant voté

pour les Migac par le Parlement. En 2011, les Migac ont été gelées à concurrence de 550 millions d'euros, pénalisant les seuls hôpitaux publics, alors que le respect de l'Ondam repose également sur le secteur privé.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Ces amendements sont analogues, mais la rédaction de l'amendement n°250 s'insère mieux dans le code et est plus précis. S'il est adopté, l'amendement n°84 rectifié sera satisfait.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Avant de dégeler les sommes mises en réserve, nous attendrons une évaluation plus précise des dépenses.

J'en viens aux amendements. Il serait curieux de pouvoir faire mieux cette année que l'an dernier en matière de tarifs, alors que la conjoncture est plus difficile...

Seule une fraction des Migac est concernée par la mise en réserve, qui peut être ensuite réallouée en fonction de l'évolution de l'Ondam hospitalier. La régulation pèse sur les acteurs à l'origine du dépassement ; il n'y a aucune raison pour que le public paye pour le privé ou vice versa. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n°94 rectifié.

Madame Génisson, il n'y a pas d'alternative crédible : la mise en réserve de crédits a seule permis le respect de l'Ondam en 2010.

L'amendement n°94 rectifié est retiré.

Mme Catherine Génisson. – L'Ondam est respectée ? Alors dégelez les crédits !

M. Alain Milon. – À 2,5 %, l'Ondam permettra quand même une augmentation des dépenses de santé de 4,3 milliards d'euros...

Il faut, certes, une réforme globale de l'assurance maladie, monsieur Kerdraon, mais elle ne sera pas décidée ce soir...

Mme Catherine Génisson. – Celle de 2004 est un échec.

M. Alain Milon. – Je souhaite que l'on puisse un jour sanctuariser les crédits des missions d'intérêt général.

L'amendement n°250 est adopté et devient un article additionnel.

L'amendement n°170 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°205, présenté par M. Houpert.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les première et deuxième phrases du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale sont remplacées par trois phrases ainsi rédigées :

« Il est créé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3, deux dotations, une dotation nationale de financement des missions de service public prévues à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique d'une part, et une dotation de financement des aides à la contractualisation d'autre part. La dotation de financement des missions de service public permet le financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code. La dotation de financement des aides à la contractualisation contribue au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du présent code à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

M. Alain Houpert. – La loi HPST fixe une liste de quatorze missions de service public que tous les établissements de santé ou titulaires d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds peuvent se voir confier ; il est indispensable que la dotation Migac les prenne en compte en distinguant financement des missions de service public et financement de l'aide à la contractualisation. Nous pourrions renommer ces dotations « dotation de financement des missions de service public » et « dotation de financement des aides à la contractualisation ».

Cette solution répondrait aux recommandations réitérées de la Cour des comptes et de M. Jean-Jacques Jegou, rapporteur spécial de la commission des finances du Sénat, visant à ce que les sous objectifs de l'Ondam soient plus précisément formalisés et comportent une liste détaillée des catégories de dépenses.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cette distinction n'apporte rien, sinon pour élargir le financement aux établissements privés qui n'auraient pas conclu de contrat d'objectifs et de moyens avec les ARS...

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – Les missions d'intérêt général ne sont pas synonymes de missions de service public -certaines ne sont même pas financées par l'assurance maladie. Quant à la lisibilité des crédits, je pense que le rapport remis au Parlement devrait vous satisfaire.

L'amendement n°205 est retiré.

M. le président. – Amendement n°207, présenté par M. Houpert.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de Santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

M. Alain Houpert. – Afin de maîtriser les dépenses hospitalières, une régulation nationale par les prix s'ajoute à une régulation par les volumes, qui repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 sur un dispositif nommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins » (Oqos).

Or, ce dispositif, les ARS en conviennent, ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité. Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que face à des actes inutiles ou injustifiés. D'où l'amendement.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Cette régulation par les volumes n'a jamais été mise en œuvre ; sa suppression a d'ailleurs été annoncée par le Gouvernement. Je propose le retrait de l'amendement.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – M. Xavier Bertrand a demandé à ses services de mettre fin à un dispositif inefficace. Le décret devrait paraître dans les prochains jours. Pourriez-vous retirer l'amendement ?

L'amendement n°207 est retiré.

M. le président. – Amendement n°93 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Mme Laurence Cohen. – Chaque année, plusieurs dispositions adoptées en cours d'année ont des conséquences financières pour les établissements publics de santé -je pense aux revalorisations statutaires ou aux mesures d'urgence pour faire face à une crise sanitaire... Ces mesures nouvelles n'étant généralement pas financées, nous proposons d'inscrire dans la loi le principe selon lequel les taux

d'évolution de l'Ondam doivent systématiquement intégrer les mesures nouvelles.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La rédaction de l'amendement est très générale, elle tend à considérer l'Ondam comme un moyen de financement, non comme un objectif de dépenses. Il pose cela dit la question de la construction de l'Ondam, qui nécessiterait une remise à plat. Retrait ou rejet.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – La construction de l'Ondam satisfait déjà l'amendement, qui est sans objet. Le Gouvernement est défavorable.

L'amendement n°93 est retiré.

M. le président. – Amendement n°95 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 48

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'objectif mentionné à l'article 48 est corrigé en fin d'année pour prendre en compte les éventuelles mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année.

Mme Laurence Cohen. – Depuis plusieurs années, l'Ondam est insuffisant pour permettre aux hôpitaux publics d'investir et de faire face aux mesures nouvelles comme les revalorisations salariales -par ailleurs légitimes. Nous proposons qu'une rectification de l'Ondam en fin d'exercice prenne en compte celles-ci.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement est semblable au précédent dans son esprit, mais revêt des modalités différentes. Sagesse.

Mme Claude Greff, secrétaire d'État. – L'Ondam inclut déjà les éventuelles mesures salariales. La correction visée est inutile.

L'amendement n°95 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

Article 49

Mme Muguette Dini. – Je souhaite exprimer la position du groupe UCR sur la branche vieillesse.

Les régimes de retraite sont fortement mis à contribution par le plan de rigueur présenté lundi. Le bilan d'étape de la réforme de 2010 est encourageant à court terme -le déficit 2012 sera contenu au niveau de 2011 et sa montée en charge a permis des économies- mais préoccupant à moyen terme : la branche vieillesse est devenue plus déficitaire que l'assurance maladie ; il est peu probable que la dynamique actuelle soit enrayerée.

Dès 2010, mon groupe demandait une réforme plus ambitieuse ; il semble que l'évolution de la conjoncture nous donne raison plus tôt que nous ne craignons. La réforme de 2010 reposait sur les projections

particulièrement optimistes du huitième rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR), présenté le 14 avril 2010, en termes de croissance de la productivité et de niveau de chômage. Que dire aujourd'hui ! Le groupe UCR plaide pour une réforme systémique, introduisant un système par points ou par comptes notionnels. Où en sont les réflexions du Gouvernement sur ce point ?

Principale avancée de la réforme de 2010, la prise en compte de la pénibilité semble trop restrictive. Mme Demontès a évoqué le cadre réglementaire et l'obligation faite aux assurés dont le taux d'incapacité est compris entre 10 % et 20 % de justifier d'une durée d'exposition d'au moins dix-sept ans pour bénéficier de la retraite anticipée. Il faudra certainement y revenir et mettre en place un double dispositif d'aménagement des conditions de travail et de retraite anticipée fondée sur des critères médicaux objectifs.

À la suite de l'arrêt de 2009 de la Cour de cassation, certaines victimes de l'amiante devront rembourser une partie des pensions perçues. La moindre des choses serait que cette jurisprudence ne s'appliquât pas rétroactivement aux indemnités déjà versées.

Mme Chantal Jouanno. – J'ai plaisir à voter cet article que j'ai préparé en tant que membre du Gouvernement et que j'aurai plaisir à voter... (*Sourires*) Il s'agit de la retraite des sportifs de haut niveau, dont certains ne gagnent rien pendant les années où ils se consacrent au rayonnement de notre pays. Le dispositif est calé sur une période de quatre ans, la durée d'une olympiade, réservé aux sportifs amateurs dont le revenu est inférieur à 75 % du plafond de la sécurité sociale ; l'État prendra en charge leurs cotisations. L'article comporte une clause de revoyure en 2013.

Mme Christiane Demontès, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance-vieillesse. – Une fois n'est pas coutume, j'approuve l'article 49, qui reconnaît l'engagement des jeunes sportifs amateurs de haut niveau.

L'article 49 est adopté.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. – Madame Dini, la réflexion sur la réforme systémique du système de retraite sera engagée en 2013. Au demeurant, les seules solutions consistent à cotiser plus, à partir plus ou moins tard ou à percevoir moins... Je réunirai prochainement le comité de pilotage des régimes de retraite (Copilor).

Je rends hommage au travail de Mme Jouanno, qui présente aujourd'hui une disposition qu'elle a préparée comme ministre... (*Sourires*)

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°97 rectifié *bis*, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 décembre 2012, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les nouvelles modalités de calcul de la retraite pour les périodes d'apprentissage.

M. Dominique Watrin. – La contre-réforme de 2010 a marqué un nouveau recul des droits des salariés. Elle vient d'être complétée par un décret qui réduit les droits à retraite des apprentis : près d'un tiers d'entre eux verront diminuer le nombre de trimestres travaillés pris en compte dans le calcul de leur retraite, puisqu'il ramène de 169 à 151,67 heures la durée de référence du calcul des cotisations prises en charge par l'État -pour une économie de 70 millions d'euros. Ces 50 000 jeunes seraient-ils responsables de la crise ?

J'ajoute que le décret a précédé le PLFSS, ainsi que la remise d'un rapport sur le sujet.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – Effectivement, les périodes d'apprentissage sont pénalisantes au regard des droits à retraite. Les conditions de régularisation des carrières avant 1972 sont difficiles à satisfaire. J'ajoute que l'assiette forfaitaire vient d'être diminuée, alors qu'elle était déjà inférieure à la rémunération perçue.

Autrefois, les apprentis étaient de jeunes adolescents ayant quitté le système scolaire sans qualification ; ils sont souvent aujourd'hui plus âgés et diplômés. Ne valider que deux trimestres par an est injuste et pour tout dire indécent.

Avis favorable à l'amendement.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Le rapport prévu sera étendu à la situation des apprentis ; il est en cours de rédaction. Reste qu'il ne faut pas s'emballer... Les apprentis font 35 heures... Je n'en dirai pas plus... Retrait ou rejet.

*L'amendement n°97 rectifié bis est adopté
et devient un article additionnel.*

M. le président. – Amendement n°39, présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 janvier 2012 un rapport évaluant les conditions d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – La commission réitère une demande formulée en 2007 par la Mecss, en faveur du droit à la pension de réversion aux personnes ayant conclu un Pacs depuis au moins cinq années au jour du décès du donnant droit. En 2009, le Médiateur de la République s'est

prononcé dans le même sens pour les personnes liées par un Pacs depuis au moins deux ans.

Le code de la sécurité sociale assimile le partenaire lié par un Pacs au conjoint survivant pour l'attribution du capital décès, pour la rente viagère attribuée lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail. *Idem* pour les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, lorsqu'il ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre. Le Pacs est inscrit dans le droit... et dans les réalités. Il ne peut plus être ignoré s'agissant des droits à réversion, qui devront nécessairement être ouverts aux personnes liées par un Pacs.

Le présent amendement a pour objet d'obtenir un rapport afin de compléter la législation avant la fin de la législature.

M. Roland Courteau. – Très bien !

M. le président. – Amendement n°99 rectifié *bis*, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 49

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 31 décembre 2012 un rapport étudiant les modalités d'extension du bénéfice de la pension de réversion aux couples liés par le pacte civil de solidarité et les possibilités d'une réforme des conditions d'attribution et de partage de ces pensions.

Mme Isabelle Pasquet. – Cette demande de rapport vise à contourner l'article 40, nous l'avouons...

Les partenaires d'un Pacs doivent bénéficier de la pension de réversion, puisqu'ils ont un devoir d'assistance mutuelle qui diffère peu de celui des conjoints mariés. Les orientations sexuelles ou les choix d'organisation de la vie commune ne sauraient défavoriser les intéressés, d'autant que les homosexuels ne peuvent toujours pas se marier. Ils sont donc ici victimes d'une discrimination en raison de leur orientation sexuelle. La Halde recommande une réforme pour y mettre fin. Avez-vous oublié les engagements de campagne de M. Sarkozy ?

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – Favorable bien sûr, mais nous préférons que le rapport soit remis avant le 31 janvier 2012, donc avant la fin de cette législature. Je propose à nos collègues de nous rallier.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Défavorable.

L'amendement n°99 rectifié bis est retiré.

M. Claude Domeizel. – Présenté avec M. Leclerc, mon rapport de 2007 a décrit la complexité des situations patrimoniales. La réversion peut être justifiée par l'idée que le droit à pension est une sorte de patrimoine commun aux personnes ayant vécu ensemble.

L'extension de la réversion aux partenaires d'un Pacs nous a semblé inévitable. Mettons-nous donc au travail ! Les données étant connues, le rapport peut nous être rapidement remis.

En Allemagne et en Grande-Bretagne, ce droit est reconnu aux Pacsés.

Pour éviter l'effet d'aubaine, nous avons suggéré d'exiger que l'union remonte à au moins cinq ans.

Quant aux personnes vivant en union libre, ayant eu des enfants, il faut y réfléchir. Mais si l'on exclut les ménages en union libre ou liés par un Pacs, la réversion disparaîtra, vu les évolutions sociales.

M. Jean Desessard. – Les personnes liées par un Pacs subissent une discrimination. L'attribution du capital décès et d'autres avantages reconnus aux époux leur a déjà été accordée.

En revanche, la pension de réversion leur est refusée. Cette inégalité de traitement est discriminatoire envers les homosexuels, puisqu'ils n'ont pas encore la possibilité de se marier. Les Verts voteront l'amendement.

Mme Chantal Jouanno. – J'ai découvert cette différence de traitement à l'occasion de ce PLFSS.

L'extension de la pension de réversion me paraît juste, même si les délais proposés sont courts ! Le fond de l'amendement est bon.

L'amendement n°39 est adopté et devient un article additionnel.

L'article 50 est adopté.

Article 51

M. le président. – Amendement n°40, présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – L'article 51 concerne le régime des ministres du culte avec un dispositif de validation à titre onéreux des périodes de formation sur le modèle du dispositif de rachat des années d'études supérieures. Mais il vise en réalité à contrecarrer un arrêt de la Cour de cassation. En effet, la Cour a considéré en octobre 2009 que les périodes de formation à la vie religieuse avaient été regardées à tort comme ne constituant pas des périodes d'affiliation. Dès lors, la solution proposée par l'article 51 fait entièrement porter sur les assurés les conséquences du défaut d'affiliation, en leur proposant une formule de rachat à titre onéreux, par analogie avec le rachat des années d'études supérieures. Il y a là une forme d'hypocrisie parce que ce rachat sera très coûteux pour des gens avancés en âge.

Faut-il élargir un dispositif initialement limité aux études supérieures ? La solution du Gouvernement n'est pas satisfaisante.

M. le président. – Amendement identique n°131 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Mme Laurence Cohen. – Il y a méconnaissance du principe de laïcité. La solidarité nationale n'est pas responsable d'une situation liée à des rémunérations misérables. Les congrégations sont exonérées de CSG, de CRDS ; leurs cotisations employeurs à la caisse d'allocations familiales ne sont pas appelées.... En outre, les possibilités de rachat concernant des formations diplômantes débouchent sur un travail. Or, la formation à la vie religieuse ne débouche pas sur un emploi. Et l'on peut se demander si cette formation n'a pas tous les caractères d'un contrat de travail : lien de subordination, activité, rémunération. Dans ce cas il doit y avoir cotisations et aucune attribution gratuite d'années de cotisations pour cette catégorie de salariés quand le Gouvernement impose la rigueur à tous les autres ainsi qu'aux apprentis !

M. Xavier Bertrand, ministre. – Défavorable. Si vous revenez sur cette mesure, les ministres du culte basculeront dans le régime général!

Nous répondons par un dispositif spécifique à une situation spécifique.

M. Claude Domeizel. – Pourquoi ce « basculement dans le régime général » ? Le régime des ministres des cultes est déjà largement déficitaire. Je voterai l'amendement, car le parallèle avec les années d'études ne tient pas. En outre, le rachat des années d'études, instauré en 2003, était une très mauvaise « bonne idée » : son coût est dissuasif.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Sans cette mesure, les trimestres seront validés gratuitement, ce qui coûtera 1 million d'euros.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – Depuis 2006, ces périodes sont soumises à cotisation. Je vous rappelle l'arrêt de la Cour de cassation ! Il serait hypocrite de demander à des personnes relativement âgées de racheter des années de cotisation, alors qu'elles ont largement avancé dans leur carrière. Les étudiants rachètent leurs années d'études dès leur entrée dans la vie active.

Les amendements identiques n°s 40 et 131 rectifié sont adoptés.

L'article 51 est supprimé.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°100 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 30 décembre 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'amélioration du dispositif de retraite anticipée pour les travailleurs et fonctionnaires handicapés.

Mme Isabelle Pasquet. – Nous demandons ce rapport parce que la loi sur les retraites et le décret de décembre 2010 ont étendu le dispositif de retraite anticipée au bénéfice des handicapés. Le taux d'incapacité exigé par le décret atteint 80 %. Les travailleurs handicapés au sens de l'article L. 5213-1 du code ont fait l'objet d'une nouvelle mesure, positive mais qui exclut nombre de personnes.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – L'amendement est intéressant pour étudier la situation de tous les fonctionnaires et travailleurs handicapés. Favorable.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Défavorable ; malgré l'allongement de la durée d'activité en 2010, nous n'avons pas modifié l'âge de 55 ans pour les handicapés, ni les conditions de prise en charge.

L'amendement n°100 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°253, présenté par M. Teulade et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 51

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 31 mars 2012, le conseil d'orientation des retraites remet aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat un rapport sur les conséquences sociales, économiques et financières du relèvement des deux bornes d'âge et les transferts des dépenses vers l'assurance maladie, l'invalidité, l'assurance chômage et vers les finances locales par le biais du revenu de solidarité active.

Afin de réaliser les travaux d'expertise nécessaires, le conseil fait appel en tant que de besoin aux administrations de l'État et aux organismes privés gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire. Ce rapport est rendu public dès sa transmission aux commissions compétentes du Parlement.

M. René Teulade. – Entre 55 et 60 ans, un salarié sur deux est sans emploi. La première conséquence du relèvement de l'âge d'ouverture de départ à la retraite et de l'âge du taux plein sera de laisser au chômage, au RSA ou aucune ressource pendant parfois plus de deux ans, ceux qui subissent déjà de grandes difficultés.

M. Roland Courteau. – Eh oui !

M. René Teulade. – Ces mesures engendrent des économies à court terme pour la branche retraite, mais sans garantir la durée du rétablissement financier ; elles provoqueront des transferts vers l'assurance chômage, l'invalidité et vers les finances des collectivités locales, via le RSA.

M. Roland Courteau. – Et voilà !

M. René Teulade. – Nous demandons un rapport.

Je critique fortement la mesure annoncée dans la presse accélérant la mise en place de la retraite à 62 ans, au mépris du monde syndical, non consulté. L'absence de dialogue est grave.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – Il y a un an, nous nous inquiétons de la situation des seniors. En une année, le chômage s'est aggravé pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Comment évolueront les pensions, quelle sera la situation des actifs sans ressources ? L'allocation transitoire de solidarité ne concerne que les personnes nées entre 1951 et 1953. La réforme des retraites et son accélération provoqueront un report sur les dépenses de solidarité. Le COR est qualifié pour établir ce rapport, auquel nous sommes favorables.

L'amendement n°253, repoussé par le Gouvernement, est adopté.

*L'article 51 bis est adopté,
ainsi que les articles 51 ter, 51 quater,
51 quinquies et 51 sexies.*

Article 51 septies

M. le président. – Amendement n°41, présenté par Mme Demontès, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – L'article 51 septies a été introduit à l'Assemblée nationale et vise à restreindre les conditions d'attribution de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) aux personnes de nationalité étrangère. Les conditions d'attribution deviennent plus restrictives envers les ressortissants non communautaires. Ils devraient notamment être titulaires depuis au moins dix ans, au lieu de cinq ans actuellement, d'un titre de séjour autorisant à travailler. Cette exigence s'appliquerait aux titulaires de la carte de résident alors qu'aucune durée de détention ne leur est actuellement imposée, à eux qui vivent régulièrement sur le territoire depuis des années !

M. le président. – Amendement identique n°132 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

M. Dominique Watrin. – Cet article est issu des travaux de l'Assemblée nationale.

Un nombre de bénéficiaires trop important ? L'argument rappelle des discours d'extrême droite. Or les personnes visées ont vécu et travaillé en France ; elles subissent une situation économique difficile.

Certes, les dépenses correspondantes ont augmenté... à cause d'une revalorisation promise par M. Sarkozy.

M. le président. – Amendement identique n°139, présenté par M. Caffet, au nom de la commission des finances.

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Même amendement, adopté par la commission des finances pour les mêmes raisons.

M. le président. – Amendement identique n°301, présenté par Mme Escoffier et M. Collombat.

Mme Anne-Marie Escoffier. – Toutes les lois à l'égard des étrangers sont durcies. Pour la nationalité, cinq années suffisent, pourquoi en exiger dix ici ? *Quid* des demandeurs d'asile ? Le texte n'en dit rien.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Défavorable. Vous pouvez trouver toutes les arguties que vous voulez, il restera que nul n'est lésé par ce dispositif qui procurera des économies.

Vous refusez toutes nos mesures : vous vous en expliquerez devant les Français, qui veulent préserver leur modèle social !

M. Marc Laménie. – Cet article corrige une inégalité parmi les étrangers éligibles à l'allocation de solidarité des personnes âgées. Celle-ci ne peut faire l'objet d'une discrimination fondée sur la nationalité. Les étrangers qui bénéficient du regroupement sont immédiatement éligibles, ce qui n'est pas équitable. La condition de durée de résidence s'appliquera désormais à tous.

Pourquoi bénéficierait-on de la solidarité nationale sans aucune contrepartie ? Tous les étrangers, sauf réfugiés et apatrides, devront prouver une condition de résidence de dix ans. Il y va de la pérennité du système.

Le groupe UMP votera contre la suppression de l'article.

*Les amendements identiques n°s 41, 132 rectifié,
139 et 301 sont adoptés.*

L'article 51 septies est supprimé.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – La commission vous demande de rejeter les objectifs de la branche vieillesse, injustes à l'égard des catégories les plus défavorisées, femmes, seniors sans emploi, salariés précaires...

Certains déficits de régimes, tel celui des exploitants agricoles, ne font l'objet d'aucune mesure !

L'article 52 n'est pas adopté.

Article 53

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les accidents du travail et maladies professionnelles. – Cet article fixe le montant de la compensation en faveur de la branche maladie, justifiée par la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

Malgré les efforts, la sous-déclaration augmente, et toujours pour les mêmes raisons : les salariés méconnaissent leurs droits, les employeurs font pression. Ainsi, de nombreux cancers professionnels, en particulier liés à l'amiante, ne sont pas pris en compte. Toutes les cotisations doivent être perçues...

Je rappelle que la Cour des comptes a refusé de certifier les comptes de la branche.

Mme Jacqueline Alquier. – La compensation versée à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP atteindra 790 millions d'euros. Il y a là une mauvaise volonté des gouvernements ! On demande aux salariés une productivité de plus en plus grande et les sous-traitants, les travailleurs précaires ne sont pas formés à la sécurité.

La prévention manque de moyens. Des protocoles ont été signés par la branche pour la promotion de la sécurité, mais la réforme de la médecine du travail n'a rien amélioré.

Le rapport de la commission Diricq a mis en lumière tous les facteurs de la sous-déclaration. Que le Gouvernement responsabilise les employeurs qui se limitent trop souvent à un affichage, sans préoccupation réelle pour la sécurité ! Le coût de la sous-déclaration dépassera bientôt le milliard d'euros.

Mme Annie David. – Le rapport Diricq souligne une sous-déclaration chronique. Bouygues a tenté plusieurs fois de masquer des accidents à Flamanville. L'Autorité de sûreté nucléaire a stigmatisé une démarche intentionnelle et répétée !

Il est temps que les salariés cessent de payer pour les employeurs, seuls responsables de leur sécurité, donc seuls cotisants à la branche.

Il faut porter la compensation de 790 millions à 1 105 millions pour prendre en compte l'évaluation du rapport Diricq. Nous nous abstenons pour ne pas priver l'assurance maladie de sa compensation.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – La majorité de la commission s'abstiendra sur l'amendement, pour ne pas priver la branche AT-MP de 790 millions de recettes.

Mais il faudra y voir plus clair dans les comptes de la branche.

Il est déplorable que sur le chantier de l'EPR on constate un pareil taux de sous déclaration et des conditions de travail inacceptables.

M. Alain Milon. – Arrêtez l'EPR !... (*Sourires*)

L'article 53 est adopté.

M. Xavier Bertrand, ministre. – La France arrive en tête des pays européens pour la reconnaissance des cancers professionnels. Nous voulons être exemplaires dans la prévention, le dépistage et aussi dans la prise en charge de ces cancers.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°42, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Indépendamment de la majoration de rente qu'elle reçoit en vertu de l'article L. 452-2, la victime a le droit de demander à l'employeur devant la juridiction de sécurité sociale la réparation intégrale de ses préjudices. » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ayants droit de la victime mentionnés à l'article L. 434-7 ainsi que les ascendants et descendants et les ayants droit au sens du droit civil qui n'ont pas droit à une rente en vertu desdits articles ont droit à réparation intégrale des préjudices subis. » ;

3° Au deuxième alinéa, les mots : « du préjudice moral » sont remplacés par les mots : « intégrale des préjudices subis » ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Le Conseil constitutionnel s'est prononcé en 2010 à l'occasion d'une question prioritaire de constitutionnalité. Sa décision a été la première comportant des réserves d'interprétation sur des dispositions existantes. Il a invoqué l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

Le principe de responsabilité interdit d'opposer des restrictions disproportionnées au droit à l'indemnisation des victimes. D'où la responsabilité de l'employeur en cas de faute inexcusable.

Notre amendement se situe dans la logique de la décision rendue par le Conseil constitutionnel, mais nous avons dû supprimer une disposition pour échapper à l'article 40. Vous seul, monsieur le ministre, pouvez la rétablir.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Je souhaite le retrait de l'amendement, j'ai demandé une étude associant tous les partenaires sociaux : notre démarche est participative.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Nous en prenons acte.

Les victimes devront donc attendre...

M. Alain Milon. – Comme les petits enfants sourds.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – ...malgré la décision du Conseil constitutionnel.

M. le ministre Xavier Bertrand a dit que les pouvoirs publics devaient prendre leurs responsabilités quand les partenaires sociaux ne peuvent s'entendre... Je vous renvoie à la jurisprudence Bertrand, monsieur le ministre.

Il est vrai que notre amendement aurait pour conséquence que les victimes ne recevraient plus d'avances. Pour ne pas les pénaliser, je le retire.

L'amendement n°42 est retiré.

M. le président. – Amendement n°43, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales.

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 452-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 452-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 452-6. - Les dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-5 sont applicables, dans des conditions définies par voie réglementaire, aux salariés mentionnés au 8° de l'article L. 412-8. »

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Le régime de sécurité sociale des gens de mer est défini par le décret-loi du 17 juin 1938. En cas d'accident ou de maladie, une indemnité est versée, sauf faute du salarié. La faute d'un tiers est indemnisable par voie contentieuse mais la faute inexcusable de l'employeur est explicitement exclue par l'article 20 du décret. Dois-je vous rappeler que l'Énim, l'établissement national des invalides de la marine, a été créé par Colbert, ce qui en fait notre plus vieil établissement de solidarité ?

Le 6 mai dernier, le Conseil constitutionnel a jugé que les marins ne pouvaient être privés du complément d'indemnisation lié à une faute inexcusable de leur employeur. Cette décision produit tous ses effets en jurisprudence, puisque la Cour de Cassation a ouvert le bénéfice de l'indemnisation prévue au livre IV du code de la sécurité sociale aux gens de mer. Il nous paraît cependant important de l'inscrire dans le code de la sécurité sociale.

L'amendement n°43, repoussé par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – Amendement n°103 rectifié, présenté par Mme David et les membres du groupe CRC.

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur les conditions d'application par les tribunaux de la décision n° 2010-8 QPC du Conseil constitutionnel du

18 juin 2010 et proposant des modifications législatives garantissant l'automatisme, la rapidité et la sécurité de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Mme Isabelle Pasquet. – Le Conseil constitutionnel a rendu le 10 juin 2010 une décision capitale en répondant à une question prioritaire de constitutionnalité portant sur le régime AT-MP des gens de mer, qui excluait l'indemnisation en cas de faute inexcusable de l'employeur. Il considère en effet que la loi ne peut faire obstacle à ce que les victimes demandent à l'employeur, devant les juridictions de la sécurité sociale, réparation des dommages non couverts par le livre IV du code de la sécurité sociale, dès lors que la faute inexcusable de l'employeur est prouvée.

De nombreuses juridictions ne tiennent pas compte de cette décision, en considérant qu'il suffit qu'un poste de préjudice soit au moins partiellement indemnisé pour que l'employeur ne méconnaisse pas ses obligations légales en termes de réparation. Il est vrai que le tribunal de grande instance de Niort a accordé 650 000 euros à une victime paralysée, qui n'aurait obtenu administrativement que 125 000 euros.

La liberté d'appréciation des tribunaux ne doit pas être génératrice de rupture d'égalité.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – La date du 18 juin me semble difficile à tenir du fait du calendrier électoral. Deux propositions de loi de l'Assemblée nationale rendraient possible une indemnisation intégrale. Il faut que les choses avancent. Sagesse.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Avis défavorable.

L'amendement n°103 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°104 rectifié bis, présenté par Mme David et les membres du groupe CRC.

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans l'objectif de réduire la sous-déclaration des maladies professionnelles, de mieux prévenir et réparer toutes les atteintes à la santé des salariés, y compris les atteintes à la santé mentale, le Gouvernement lance une réflexion d'ensemble sur l'évolution des tableaux de maladies professionnelles ainsi que sur les conditions d'accès au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Les conclusions de cette étude font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 septembre 2012.

Mme Laurence Cohen. – Les troubles musculo-squelettiques représentent presque les trois quarts des maladies professionnelles reconnues, mais la révision engagée tend à réduire cette reconnaissance, puisqu'une IRM sera exigée, ainsi que la consultation de spécialistes de secteur 2. Le salarié devra

démontrer que son activité professionnelle relève de la liste des métiers générant ces troubles et qu'il a été exposé pendant un temps certain à des postures néfastes pour sa santé.

Ne pouvant intervenir sur le fond, nous demandons un rapport.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Ce problème est fondamental. Il est temps d'avancer ! J'avais quelques réserves envers la date initiale du 30 juin, mais le report à septembre m'a convaincu.

M. Xavier Bertrand, ministre. – À quoi servira ce nouveau rapport ?

Mme Jacqueline Alquier. – Il n'est pas souvent facile de prouver l'origine de l'affection, qui peut être multifonctionnelle. Il est indispensable de revoir les tableaux de maladies professionnelles.

L'amendement n°104 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°105 rectifié, présenté par Mme David et les membres du groupe CRC.

Après l'article 53

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La dernière phrase du troisième alinéa du II de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complétée par les mots : « de l'ordre judiciaire ».

M. Dominique Watrin. – Pour qu'en soit garantie l'indépendance, le Fiva doit être présidé par un magistrat judiciaire car ceux des ordres administratifs n'ont pas la même indépendance. La nomination de la présidente de la sixième chambre de la Cour par le Gouvernement nous satisfait, mais il reste à modifier la loi pour que ce recul ne soit pas purement tactique.

Entendez-vous vraiment modifier le conseil d'administration du Fiva pour donner la majorité aux employeurs ?

M. Xavier Bertrand, ministre. – Jamais !

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – L'intention des auteurs de l'amendement est excellente, mais je ne vois pas pourquoi un magistrat de la Cour des comptes ou du Conseil d'État ne ferait pas l'affaire. Seraient-ils moins indépendants qu'un parquetier ? Retrait ou rejet.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Excellente analyse. M. Godefroy connaît admirablement le sujet et il sait mettre un terme aux fantasmes en la matière.

M. Dominique Watrin – J'entends le rapporteur.

M. Xavier Bertrand, ministre. Et moi, vous ne m'auriez pas entendu ? (*Sourires*)

L'amendement n°105 rectifié est retiré.

Article 54

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Les montants prévus pour le Fiva et le Fcaata semblent adaptés à leur mission et cet article prend en compte le coût du maintien de la retraite à 60 ans pour les intéressés, voté à l'unanimité par le Sénat. Mais plusieurs questions demeurent posées.

L'accès à l'indemnisation reste individuel, alors que le rapport demandé par le Gouvernement a conclu en mai au passage sur une base professionnelle.

Il semble que le régime général refuse de verser avant 62 ans les pensions dues aux polypensionnés relevant à titre principal du régime des gens de mer ou de celui des ouvriers de la défense. La Cnav estime que l'article 41 de la loi de financement pour 1999 ne vise que les allocations des travailleurs de l'amiante servies par le régime général et le régime de la mutualité sociale agricole. Cela a pour conséquence d'amputer les pensions de vieillesse des anciens salariés des chantiers navals de La Seyne, de la Ciotat et de Dunkerque qui, après la fermeture de ceux-ci, ont été embauchés comme ouvriers d'État.

C'est une violation de la lettre et de l'esprit de notre vote de l'année dernière. Vous avez fait un premier pas à l'Assemblée nationale en faisant adopter ce qui est maintenant l'article 55 *ter* du projet de loi. Mais pourrez-vous veiller, monsieur le ministre, à ce qu'il soit mis fin à cette anomalie administrative ?

L'article 54 est adopté.

Article 55

M. le président. – Amendement n°44, présenté par M. Godefroy, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – L'amendement est conforme à la position prise l'an dernier par les sénateurs de gauche à propos de la compensation de la pénibilité. L'équité appelait à une reconnaissance de celle-ci mais les conditions imposées sont pour le moins restrictives : entre 10 % et 20 % d'incapacité professionnelle, le salarié doit prouver une exposition pendant dix-sept ans à des conditions de travail pénibles et obtenir l'accord d'une commission spéciale. Quel parcours du combattant !

M. Xavier Bertrand, ministre. – La reconnaissance de la pénibilité est une avancée ; l'amendement déséquilibrerait la réforme des retraites.

M. Alain Milon. – Cet article fixe la contribution de la branche AT-MP au titre du départ anticipé des salariés concernés, avec une retraite à taux plein dès 60 ans. Chaque année, la branche AT-MP indemniserait la branche vieillesse. En 2011, ce montant est fixé à 35 millions d'euros, mais à 110 millions l'année suivante. L'article 55 renforce la

reconnaissance de la pénibilité, compromise par l'amendement de la commission.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Trop peu de personnes sont admises dans le dispositif. Un taux d'invalidité de 20 % c'est, par exemple, l'impossibilité de lever un bras.

Une psychologue m'a raconté le cas de personnes devant visser des bouchons sur des bouteilles à longueur de journée. Au lieu des troubles musculo-squelettiques attendus, les intéressés se plaignaient de la concentration absolue exigée par leur tâche. Une aliénation de toute pensée pendant toute la durée du travail cause une pénibilité réelle.

Dans l'entreprise où j'ai travaillé, certaines tâches étaient considérées comme pénibles, et donnaient donc lieu à une petite majoration de points retraite, ce qui multipliait le nombre de volontaires pour les exécuter ! Ne revenons pas à cette pratique de l'indemnisation des préjudices.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. – Dommage que M. le ministre ne suive pas cet avis du rapporteur, qui sait de quoi il parle.

Avant la réforme des retraites, les travailleurs de l'amiante partaient à la retraite dès 56 ans ; les travailleurs employés en « 3x8 » partaient plus tôt à la retraite. Depuis la réforme des retraites, ils ne pourront partir avant 60 ans. Où est l'avancée ?

M. Xavier Bertrand, ministre. – Il faut prendre en compte les conditions de travail. Je ne souscris pas à l'analyse du rapporteur, qui ne souscrit pas à l'avis des partenaires sociaux : ceux-ci distinguent pénibilité et risques psychosociaux. Si la pénibilité se traduit par un départ anticipé, que deviendra la prévention ?

Les communistes ont longtemps demandé la prise en compte de la pénibilité. De 1997 à 2002, le Gouvernement Jospin n'a rien fait. Vous en aviez rêvé, c'est nous qui l'avons fait... pas les socialistes !

M. Jacky Le Menn. – Qu'ils sont mauvais ! (Sourires)

M. Xavier Bertrand, ministre. – Je ne vous le fais pas dire.

Pour les carrières longues, il en fut exactement de même. Sur tous ces sujets, nous avons relevé le défi de la valeur travail ! (Applaudissements à droite)

*L'amendement n°44 est adopté
et l'article 55 est supprimé.*

Article 55 bis

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Dans certaines entreprises, un salarié sur deux est concerné par la pénibilité.

Autrefois, les travailleurs de l'amiante partaient à la retraite avec 75 % du total de leurs revenus d'activité.

Votre Gouvernement ne retient que le salaire de base -ce qui interdit aux intéressés de partir...

L'article 55 bis aligne les droits des concubins et partenaires de Pacs sur les droits des concubins. Nous l'approuvons.

L'article 55 bis est adopté.

Article 55 ter

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Inséré par l'Assemblée nationale à la demande du Gouvernement, cet article coordonne les dispositions applicables au départ anticipé des travailleurs de l'amiante. En l'occurrence, une demande ancienne du Sénat est satisfaite, mais nous souhaitons une réelle harmonisation, au lieu d'une simple coordination.

L'hétérogénéité actuelle maintient une indemnisation inégalitaire des travailleurs de l'amiante.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Cet article traduit concrètement un engagement de M. Woerth.

L'article 55 ter est adopté.

Article additionnel

M. le président. – Amendement n°106 rectifié, présenté par Mme David et les membres du groupe CRC.

Après l'article 55 ter

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport proposant des pistes de réforme de l'indemnisation de l'incapacité temporaire de travail garantissant à toute victime du travail un revenu de remplacement égal à ce qu'elle percevait avant son arrêt de travail.

Mme Laurence Cohen. – Jusqu'au 28^e jour d'arrêt de travail, les indemnités journalières dues au titre des AT-MP ne représentent que 60 % du salaire journalier, puis 80 % à compter du 29^e jour. Ainsi, le salarié en incapacité de travail n'est pas indemnisé intégralement de la perte de son salaire, sauf accords d'entreprise ou de groupe. Protéger ses salariés est une obligation pour l'employeur. Diminuer les revenus des victimes d'AT-MP est injuste.

Vu l'article 40, nous ne pouvons que demander un rapport.

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – L'amendement pose deux questions : sur le montant de l'indemnité et sur sa fiscalisation. Cela me semble relever de la loi de finances...

M. Jean Desessard. – Monsieur le rapporteur, vous êtes brillant, mais qu'envisagez-vous précisément pour la loi de finances ?

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Puisque c'est une recette de l'État, on peut agir en première partie de la loi de finances.

M. Jean Desessard. – Je suis satisfait. (*Sourires*)

M. Jean-Claude Lenoir. – Il ne vous faut pas grand-chose !

L'amendement n°106 rectifié est retiré.

Article 56

M. Jean-Pierre Godefroy, rapporteur. – Nous ne pouvons accepter ces objectifs de dépenses.

L'amendement n°56 n'est pas adopté.

Les articles 57 à 59 ont déjà été examinés en priorité.

La séance, suspendue à minuit trente-cinq, reprend à minuit quarante.

L'article 60 est adopté.

Article 61

M. le président. – Amendement n°315, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 2

Remplacer le nombre :

18,0

par le nombre :

18,3

M. Xavier Bertrand, ministre. – Cette modification prend en compte les hypothèses socio-économiques.

Mme Christiane Demontès, rapporteure. – La commission est défavorable à cet amendement, qui aggrave de 300 millions d'euros le déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Celui-ci est en déficit structurel depuis qu'il a perdu 0,2 point de CSG.

La commission proposera de ne pas voter l'article 61.

L'amendement n°315 n'est pas adopté, non plus que l'article 61.

L'article 62 est adopté.

Article 62 bis

M. le président. – Amendement n°47, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Supprimer cet article.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Comment comprendre qu'en période de lourds déficits des comptes sociaux et d'efforts demandés aux Français, le Gouvernement crée un nouveau fonds de 5 millions d'euros auquel les différentes branches sont

appelées à contribuer : sont-elles si riches ? Et ce pour des études d'évaluation alors que l'Uncanss est déjà chargée d'opérations de mutualisation. Le rapprochement et la mise en commun de diagnostics exigent seulement la volonté de travailler ensemble.

C'est aussi un mépris du Sénat, qui a déjà refusé à deux reprises, en 2009 et 2010, et à la quasi-unanimité de créer un fonds de la performance, dont le présent fonds est la copie conforme. La majorité de la commission a changé, pas sa position !

Atteinte à un droit du Parlement aussi : les conseils de surveillance de la Cnam, de la Cnaf, de la Cnav et de l'Acoss sont supprimés. L'amendement du Gouvernement a été présenté à l'Assemblée nationale en dernière minute et n'a pu être examiné en commission ; à aucun moment cette suppression n'a été mentionnée. Ces conseils sont présidés par des parlementaires. Je me souviens de M. Vasselle s'étonnant du non-renouvellement des membres du conseil de l'Acoss qu'il voulait réunir.

Nous ne pouvons accepter cet article.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Avis défavorable. Tout se fait à coût constant et personne n'est lésé, aucune caisse !

Ni le conseil de surveillance de la Cnam, ni celui de la Cnav, celui de l'Acoss, celui de la Cnav, ne se sont réunis depuis 2008 : en fait de suppression subreptice, nous régularisons la situation.

M. Jean Desessard. – Pourquoi les conseils de surveillance ne sont-ils pas réunis depuis 2008 ? Leurs membres ont-ils été victimes d'une épidémie ?

M. Xavier Bertrand, ministre. – Le conseil d'administration se réunit tous les mois ; et les Mecss, parlementaires, ont pris le pas sur les conseils de surveillance.

L'amendement n°47 est adopté et l'article 62 bis est supprimé.

Article 62 ter

M. le président. – Amendement n°228 rectifié, présenté par M. Milon, Mmes Deroche et Giudicelli et MM. Gilles et Pinton.

Supprimer cet article.

M. Alain Milon. – Cet article introduit un agrément par l'État des rémunérations des directeurs des organismes nationaux gérant un régime obligatoire de sécurité sociale de base, ce qui pose de nombreux problèmes. En effet, ces organismes peuvent avoir des statuts juridiques différents. Si pour les établissements publics, les règles de fonctionnement habituelles permettent déjà à l'État de contrôler les rémunérations des directeurs, les organismes de droit privé -Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales ou Caisse nationale des barreaux français- sont soumis au droit du travail ; les

contrats des dirigeants sont de droit privé. L'article introduit une ingérence de l'État, qui a déjà des moyens juridiques de s'opposer à des décisions excessives des conseils d'administration.

La liste des organismes concernés serait en outre fixée par décret, avec un risque de discrimination, voire d'arbitraire.

Enfin, ces dispositions sont applicables aux caisses d'assurance vieillesse des professions libérales, qui ne gèrent pas de régime de base mais des régimes complémentaires, financés uniquement par les professionnels libéraux. Les caisses Agirc-Arrco échappent à ces dispositions.

Les conseils d'administration ont suffisamment montré leur responsabilité -régimes excédentaires et frais de gestion inférieurs à ceux des autres organismes- pour ne pas avoir à demander à l'État l'autorisation de recruter les dirigeants les plus compétents.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Est-il choquant de rappeler à la mesure les dirigeants chargés de gérer les organismes ? L'État est là dans son rôle naturel de régulateur. Retrait ou rejet.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Favorable à l'amendement.

M. Jean Desessard. – Le libéral M. Milon a rappelé à l'ordre le Gouvernement... Je voterai contre.

L'amendement n°228 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°174 rectifié, présenté par M. Beaumont, Mme Procaccia et M. Courtois.

I. - Alinéa 2, première phrase

1° Remplacer le mot :

soumis

par le mot :

communiqués

2° Remplacer les mots :

à l'approbation du

par les mots :

pour information au

II. - Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

à la même approbation

par les mots :

à la même information

M. René Beaumont. – Amendement de repli ! Pourquoi le Gouvernement propose-t-il cette mesure, demandez-vous ? Parce qu'il y a des débordements...

M. Jean Desessard. – Voilà !

M. René Beaumont. – ...dans certaines caisses. Abandonner ce contrôle, c'est accepter les abus. Nous proposons qu'au lieu d'une autorisation de l'État, le ministre soit informé. Tel directeur de caisse a une rémunération dix fois supérieure à celle de ses collègues... L'approbation du Gouvernement pourrait donner lieu à des dérives, une simple communication serait dissuasive.

M. Yves Daudigny, rapporteur. – L'histoire retiendra qu'à cette heure avancée la nuit, la majorité de gauche a défendu le Gouvernement contre un amendement de droite... Nous prenons en compte l'intérêt général s'il est bien porté...

Quant à l'amendement de repli, qui remplace une approbation par une information, nous y sommes défavorables s'il n'est pas retiré.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Retrait ou sagesse. Mais exigez plutôt la publicité des rémunérations, cela mettra un terme aux comportements ahurissants.

L'amendement n°174 rectifié est retiré.

M. le président. – Amendement n°342, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 2, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

et du ministre chargé du budget

M. Xavier Bertrand, ministre. – Cohérence !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La commission est elle aussi cohérente : l'approbation devra être donnée par le ministre de la santé et par celui du budget. Favorable.

L'amendement n°342 est adopté.

L'article 62 ter, modifié, est adopté, ainsi que l'article 62 quater.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°257, présenté par Mme Printz et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 62 quater

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la région Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... (*le reste sans changement*). » ;

b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la caisse mentionnée » ;

3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... (*le reste sans changement*). » ;

b) Au second alinéa, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « mentionnée ci-dessus » ;

4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

5° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« Art. L. 215-7. – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

« 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

« 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

« Siègent également avec voix consultative :

« a) Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

« b) Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2°. » ;

6° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

7° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

b) Au 6°, les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

8° L'article L. 251-7 est abrogé ;

9° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :

« 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »

10° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».

II. – Le I entre en vigueur au 1er janvier 2012.

III. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011.

IV. – Par dérogation à l'article L. 325-1 du même code, les assurés salariés et leurs ayants droit bénéficiaires du régime local au 31 décembre 2011 conservent le bénéfice dudit régime pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette date.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés ci-après :

« – salariés d'une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine et salariés travaillant dans l'un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

« – personnes visées aux 4° à 11° du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

M. Ronan Kerdraon. – Permettez au Breton que je suis de défendre l'Alsace-Moselle à la place de Mme Printz... Nul n'est parfait... (*Sourires*)

Les conseils d'administration de la caisse régionale d'assurance vieillesse et de la caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle ont voté au

printemps 2010 le principe de la fusion de leurs deux caisses au 1^{er} janvier 2012, en vue d'instituer une caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), comme il en existe depuis le 1^{er} juillet 2010 sur le reste du territoire.

Le Parlement a adopté la disposition législative nécessaire dans la proposition de loi Fourcade, mais le Conseil constitutionnel a annulé l'article concerné, faute de lien avec le texte en discussion. Une telle mesure d'organisation trouve en revanche pleinement sa place dans le PLFSS.

La création d'une Carsat en Alsace-Moselle permettra d'optimiser la gestion administrative des organismes locaux et de créer une synergie entre missions conjointes et missions convergentes. L'amendement intègre les spécificités du droit local d'Alsace-Moselle.

M. Yves Daudigny, rapporteur. – Cette disposition est indispensable pour que la Carsat soit en place dès janvier 2012. Levons ce verrou législatif !

M. Xavier Bertrand, ministre. – Favorable à l'amendement.

M. Alain Milon. – Nous l'avons adopté à l'unanimité dans la proposition de loi Fourcade. Je regrette que la majorité sénatoriale n'ait pas repris dans ce texte les autres dispositions « cavalières » de la proposition de loi Fourcade censurées par le Conseil constitutionnel...

L'amendement n°257 est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – Amendement n°48, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Avant l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au I de l'article 1635 *bis* Q du code général des impôts, le mot : « , sociale » est supprimé.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Le collectif budgétaire de juillet 2011 a créé une contribution de 35 euros pour toute procédure judiciaire introduite en matière civile, commerciale, prud'homale, sociale ou rurale.

Cette contribution est particulièrement choquante en matière de sécurité sociale ou d'incapacité, car les procédures contentieuses en la matière sont gratuites et sans frais depuis la loi du 24 octobre 1946 ; c'est ce qu'a rappelé une circulaire du ministère de la justice du 30 septembre 2011. Cet amendement lève toute ambiguïté.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Avis défavorable.

M. René Teulade. – Il est indispensable de clarifier les dispositions en vigueur. Nous voterons l'amendement. La contribution a été votée en catimini dans le collectif budgétaire de l'été ; elle est

particulièrement choquante en matière de sécurité sociale et tout autant en matière prud'homale. Ester en justice est déjà suffisamment difficile... Veut-on une justice à deux vitesses, comme aux États-Unis ? L'accès au juge et l'égalité devant les charges publiques sont méconnus.

Nous sommes opposés à cette contribution dans tous les cas ; la commission des finances en traitera en projet de loi de finances.

L'amendement n°48 est adopté et devient un article additionnel.

Article 63

M. le président. – Amendement n°134 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Supprimer cet article.

M. Dominique Watrin. – Pour satisfaire la frange la plus droitière de la majorité, le Gouvernement a soutenu les mesures de lutte contre la fraude, prétendument le fait des plus démunis, alors que la réalité est autre. La fraude aux prestations est quatre fois moindre que la fraude aux prélèvements. La priorité, même si c'est moins vendeur électoralement, doit être de lutter contre celle-ci et les employeurs qui ont recours au travail dissimulé.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'article vise à harmoniser les règles de contentieux ; désormais tout se fera devant le tribunal aux affaires sociales. Retrait ou rejet de l'amendement, même si je partage les propos de M. Watrin.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Défavorable. Les fraudeurs sont des voleurs, pas des débrouillards ; il n'y a pas d'autre mot pour les qualifier. Un faux arrêt de travail est aussi le fait de celui qui l'a signé ; le faux chômeur sera poursuivi, le travail au noir et l'employeur qui le recrute aussi. Je m'attaque aux fraudeurs quel que soit leur statut. Je ne me laisserai pas caricaturer. Je me suis fait tout expliquer depuis 2004 par les agents de terrain ; ce sont eux qui demandent des moyens de lutte contre la fraude.

M. René Teulade. – Au nom du groupe socialiste, je redis avec force que nous sommes tous d'accord pour combattre la fraude, au nom de l'égalité devant les charges publiques et de la justice sociale. La droite n'est pas plus vertueuse que nous, mais le Gouvernement y voit l'occasion d'une antienne -fraudes massives, assistanat, cancer de la société...- qui ne reflète pas la réalité.

Selon la Cour des comptes, la fraude est estimée entre 10 et 19 milliards ; la fraude constatée bien inférieure, 450 millions en 2010. Portant sur 2 à 3 milliards, le montant de la fraude aux prestations est bien inférieur à celui de la fraude aux prélèvements, qui est de 8 à 16 milliards. Le Gouvernement se concentre sur la petite fraude, qui n'est pas la source

du déficit. Occupez-vous plutôt de la fraude d'en haut, de celle des riches, de l'évasion fiscale !

Il est malhonnête de vouloir faire croire que l'on va réduire les déficits en luttant contre la fraude. Faites plutôt le compte des cadeaux fiscaux accordés depuis le début du quinquennat ! Nous refusons cette stigmatisation des démunis.

M. Jean Desessard. – Je ne pourrai voter l'amendement CRC pour les raisons que le rapporteur a dites. Le ministre a fait une déclamation brillante, vibrante, mais la vraie question est : vous donnez-vous les moyens de lutter contre la fraude ? Les inspecteurs du travail sont toujours moins nombreux.

M. Xavier Bertrand, ministre. – C'est faux. Le plan Larcher est appliqué scrupuleusement.

M. Jean Desessard. – Augmentation ou diminution du nombre des contrôleurs Urssaf ?

M. Xavier Bertrand, ministre. – Les moyens juridiques et informatiques sont essentiels, car le cloisonnement des informations est le frein principal rencontré par les agents sur le terrain, qui ont besoin non d'être plus nombreux, mais d'avoir les moyens de leur action.

Que dire de la façon dont les contrôles sont pratiqués ? Un médecin qui prescrit cinq fois plus d'arrêts de travail ne commet pas forcément des abus, mais il faut lui demander des explications.

L'une des fraudes les plus constatées est le faux isolement : le parent prétendument isolé touche une allocation, alors qu'il vit en concubinage ; sans définition de l'isolement, on ne peut pas agir.

Je crois à la politique par la preuve. Si vous êtes pour la lutte contre la fraude, nous verrons comment vous voterez. Des petites sommes, dites-vous : mais c'est du vol ! Ceux qui travaillent fustigent les fraudeurs et me demandent ce que je fais pour les combattre. Il n'est pas possible dans notre système de protection sociale de laisser faire ceux qui n'acceptent pas les règles du jeu, quel que soit leur statut, quelles que soient les sommes en cause. Il ne faut pas être gêné par ce sujet, la population n'y voit pas un sujet gauche-droite !

M. Dominique Watrin. – J'entends les arguments du rapporteur général. Mais les fraudes dues au travail dissimulé, les fraudes aux cotisations sont beaucoup plus importantes que les fraudes aux prestations ; ce sont elles qui font le plus mal aux comptes sociaux. Dans sa réponse, le ministre n'en a pas traité.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Que la fraude soit constante et n'aggrave pas les déficits suffirait à nous fermer les yeux ? Les médecins conseils de la sécurité sociale estiment que des arrêts de travail sont abusifs, et les salariés indemnisés reprennent simplement le travail, sans autre sanction, sans qu'on leur demande de rembourser ? Quelque 10 % à 15 % des arrêts maladie de longue durée sont abusifs. Cela ne vous

choque pas ? Moi, si ! Et il y a le praticien qui a signé l'arrêt de travail incriminé... Je suis prêt à en parler avec les médecins. Tout le monde doit savoir que nous allons passer à la vitesse supérieure dans la lutte contre la fraude.

M. le président. – Amendement n°73 rectifié, présenté par M. Watrin et les membres du groupe CRC.

Après l'alinéa 23

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au troisième alinéa (2°), les mots : « le tact et la mesure » sont remplacés par les mots : « un plafond dont le montant est défini par décret » ;

Mme Laurence Cohen. – Nous avons déjà présenté cet amendement l'an dernier ; Mme Bachelot nous avait dit que le tact et la mesure étaient déjà définis par décret. Mais la définition en question n'apporte rien ! Les professionnels n'ont plus qu'à fixer leurs honoraires comme ils le souhaitent... Certaines caisses ont même une curieuse conception du « tact » et de la « mesure »...

Nous proposons que le montant du plafond de dépassement d'honoraires soit défini par décret.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'amendement aborde le sujet central des dépassements d'honoraires ; ces dispositions ont-elles toutefois leur place ici ?

Je souligne qu'un plafond pourrait créer un appel d'air pour ceux qui pratiquent un tarif inférieur. Retrait.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Il est incohérent de présenter un tel amendement et de refuser le secteur optionnel qui, s'il n'est pas la panacée, apporte une solution pour les patients, qui seront mieux remboursés.

Nous aurons une concertation avec le Conseil de l'ordre sur ce que peuvent être le tact et la mesure. Vous voulez tout encadrer, mais dans l'expression « exercice libéral », « libéral » est le mot essentiel... Défavorable à l'amendement.

Mme Catherine Génisson. – Le secteur optionnel ne concerne pas les généralistes... Les dérives sont le fait d'une minorité, mais elles rejaillissent sur toute la profession.

Sur la fraude, les moyens informatiques sont utiles, mais pour lutter contre le travail au noir, il faut aller sur le terrain. Or on manque sérieusement de médecins conseils et d'inspecteurs du travail...

M. Xavier Bertrand, ministre. – Contrôler les fraudes à l'API oui, mais pas en prévenant d'abord les intéressés par courrier, comme l'avait préconisé Mme Royal quand elle était secrétaire d'État...

M. Jean Desessard. – Le ministre, non plus que le rapporteur général, n'a pas répondu à la question : qu'apportent les mots tact et mesure ? Les patrons

gagnent avec tact cent fois plus que leurs salariés... M. Bertrand s'est trompé en affirmant que l'information rendue publique va dissuader les dirigeants de s'accorder de hauts salaires : la compétition et le sans-gêne l'emportent aujourd'hui !

Faut-il aussi des contrôles « avec tact et mesure » ?

Mme Laurence Cohen. – Notre proposition n'attaque pas la médecine libérale. D'ailleurs, j'exerce moi-même en libéral.

Nous posons une question réelle, mais vous ne répondez pas.

L'amendement n°73 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – Amendement n°352, présenté par le Gouvernement.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « ainsi qu'aux deux dernières phrases du neuvième alinéa de ce même article ».

L'amendement de coordination n°352, accepté par la commission, est adopté, de même que l'article 63 modifié.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°111 rectifié, présenté par Mme Cohen et les membres du groupe CRC.

Après l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi qu'un représentant des usagers choisi parmi le collège des représentants des usagers ».

M. Dominique Watrin. – Cet amendement vise à reconnaître aux usagers le droit de siéger au sein des commissions des pénalités des CPAM. Cela pourrait inciter à sanctionner les dépassements abusifs d'honoraires.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Avis favorable, mais les usagers ne sont pas représentés comme tels. Je propose de modifier l'amendement en ce sens.

M. Dominique Watrin. – J'accepte la modification proposée.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Parmi les cinq membres des commissions des pénalités, trois représentent déjà les usagers.

L'amendement n°111 rectifié bis est adopté.

M. le président. – Amendement n°272, présenté par Mme Lepage et les membres du groupe Soc-EELVr.

Après l'article 63

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les retraités français établis hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. – Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. – La suspension du versement de la pension de retraite des Français établis hors de France ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif d'existence.

M. Ronan Kerdraon. – Nous abordons ici la situation des Français résidant à l'étranger.

L'amendement propose d'harmoniser la fréquence à laquelle les retraités français établis hors de France doivent fournir un justificatif d'existence : un rythme trimestriel est inutile, d'autant que le courrier n'arrive pas toujours...

En outre, les retraités français établis hors de France devraient pouvoir transmettre leurs justificatifs d'existence par voie télématique.

Enfin, ils ne devraient pas voir leur pension de retraite suspendue pour un simple retard.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Sagesse sur cette harmonisation.

L'amendement n°272, repoussé par le Gouvernement, est adopté.

L'article 63 bis est adopté, de même que l'article 63 ter.

Article 63 quater

M. le président. – Amendement n°49, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales.

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer les mots :

avant la fin de l'année 2012

par les mots :

après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Dans le cadre de sa politique d'intensification de la lutte contre la fraude, le Gouvernement souhaite élargir le périmètre des données contenues dans le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) au montant des prestations en espèces servies par les

organismes de sécurité sociale, ce que prévoit l'article 63 quater.

Afin que cette mesure soit assortie de toutes les garanties de sécurité et de confidentialité, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) doit se prononcer avant sa mise en œuvre.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Retrait de cet amendement, déjà satisfait : la Cnil a rendu un avis favorable en avril 2009.

À l'issue d'une épreuve à main levée déclarée douteuse, l'amendement n°49 mis aux voix par assis et levé est adopté, de même que l'article 63 quater modifié.

Article 63 quinquies

M. le président. – Amendement n°220, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Alinéa 2, première phrase

Remplacer les mots :

déchéance immédiate du droit à l'ensemble des prestations qui ont été versées ou prises en charge précédemment par les organismes de protection sociale et le réexamen du droit aux

par les mots :

suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des

M. Alain Milon. – Cet article vise à clarifier les conséquences de l'obtention frauduleuse d'un numéro d'inscription au répertoire (NIR) à l'appui de fausses déclarations et de faux documents.

Cet amendement vise à prévoir la suspension des prestations lorsqu'un organisme de sécurité sociale met en évidence l'existence de fausses déclarations ou de faux documents ayant permis de justifier d'une identité fictive ou usurpée, et non la déchéance.

L'amendement n°220, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté, ainsi que l'article 63 quinquies modifié.

L'article 63 sexies est adopté.

Article 64

L'amendement n°239 n'est pas défendu.

M. le président. – Amendement n°234, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et

Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

V. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et les articles L. 454-2 et L. 454-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non salariés agricoles. »

M. Alain Milon. – Il s'agit d'un amendement de précision rédactionnelle qui rend applicable aux non-salariés agricoles, pour ce qui est des accidents du travail, les dispositions du IV de l'article 64 relatif à l'application d'une pénalité à l'assureur qui n'informe pas l'organisme de sécurité sociale de l'accident ou de la transaction conclue et de la possibilité de demander le remboursement des dépenses à venir sous forme de capital, ainsi que celles du cinquième alinéa de l'article L. 454-1 du code de la sécurité sociale relative aux personnes et organismes qui doivent déclarer les accidents aux organismes de sécurité sociale.

L'amendement n°234, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté, ainsi que l'article 64, modifié.

L'article 65 est adopté, ainsi que les articles 65 bis, 66 et 66 bis.

Article 67

M. le président. – Amendement n°351, présenté par le Gouvernement.

Alinéa 3

1° Remplacer les mots :

la personne

par les mots :

le donneur d'ordre

2° Remplacer le mot :

tenue

par le mot :

tenu

3° Remplacer les mots :

au salarié

par les mots :

aux personnes mentionnées au I

L'amendement n°351, accepté par la commission, est adopté, ainsi que l'article 67, modifié

L'article 67 bis est adopté, de même que les articles 67 ter et 67 quater.

Articles additionnels

M. le président. – Amendement n°141 rectifié, présenté par Mmes Cayeux et Debré, M. Gournac, Mme Procaccia, M. Milon, Mmes Jouanno et Bruguière, M. Savary, Mme Giudicelli, M. Cardoux, Mme Deroche, MM. Laménie et Lorrain et Mme Kammermann.

Après l'article 67 *quater*, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 243-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-3-2. - Le directeur de l'organisme créancier peut, préalablement à l'envoi de la mise en demeure prévue à l'article L.244-2, demander à un huissier de justice d'obtenir du redevable qu'il s'acquitte auprès de lui du montant de sa dette.

« Les frais de recouvrement sont versés directement par le redevable à l'huissier de justice. Le montant des frais, qui restent acquis à l'huissier de justice, est calculé selon un taux proportionnel aux sommes recouvrées, fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de la justice ».

Mme Catherine Deroche. – Nous voulons qu'un huissier de justice puisse recouvrer de façon amiable les cotisations sociales.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – La commission souhaite entendre le ministre avant de s'en remettre à la sagesse du Sénat.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Sagesse.

L'amendement n°141 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

L'article 68 est adopté.

M. le président. – Amendement n°233, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mme Giudicelli, M. Gournac, Mmes Hummel, Jouanno et Kammermann, MM. Laménie, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. Savary et Villiers.

Après l'article 68

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. - En cas de fraude dans la demande d'attribution, l'autorité qui a attribué la protection complémentaire en matière de santé porte plainte en se constituant partie civile dans les conditions prévues à l'article L. 114-9. »

M. Alain Milon. – La délégation donnée par le préfet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie est limitée à l'instruction de la demande de CMU-C ; son attribution ou son refus d'attribution n'entraîne pas délégation pour déposer une plainte

pénale à l'encontre des bénéficiaires suspectés de fraude dans la demande d'attribution de la CMU-C.

Les chiffres en la matière restent importants : 588 cas de fraudes ont été détectés en 2008 pour la CMU complémentaire, avec un préjudice de 442 362 euros ; 693 cas en 2009 pour un préjudice de 650 852 euros ; 588 cas en 2010 pour un préjudice de 567 913 euros.

Dans un souci d'efficacité, il est proposé que les organismes d'assurance maladie puissent déposer une plainte pénale en cas de découverte d'une fraude dans l'attribution de la CMU-C.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – L'article L. 361-10 de la sécurité sociale en particulier permet déjà de combattre la fraude à la CMU-C.

Avis défavorable.

L'amendement n°233, n'est pas adopté.

La quatrième partie du PLFSS est adoptée.

Vote sur l'ensemble

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Premier constat : le Sénat s'est clairement opposé au projet du Gouvernement, en commençant par dénoncer le déficit historique de 2010 -28 milliards, dont seul un tiers expliqué par la conjoncture. Les deux autres tiers sont intégralement imputables à l'actuelle majorité gouvernementale. Je précise que nous ne contestons pas la certification par la Cour des comptes.

Ensuite, nous avons refusé les comptes proposés par le Gouvernement au titre de 2011.

Enfin, nous nous sommes opposés à l'équilibre présenté pour 2012. Le cadrage économique du PLFSS pour 2012 est irréaliste : 1 % de croissance du PIB, 3 % de progression de la masse salariale, hypothèses que nos partenaires européens n'hésitent plus à nous reprocher.

Ce PLFSS n'assure pas la pérennité de notre protection sociale ; il n'assure pas l'accès aux soins.

Le Sénat s'est opposé à la hausse irresponsable de la dette sociale, qui a doublé depuis 2007. Et le Gouvernement laisse filer ! Cette politique fabriquant de la dette à partir des dépenses courantes n'est plus acceptable.

Rejetant le projet du Gouvernement, la majorité de gauche a imposé une gestion plus responsable, en réduisant le déficit. Nous avons adopté des mesures pérennes, comme l'abrogation de l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires -un dispositif coûteux et inefficace.

Nous avons augmenté les recettes, de façon responsable, en réduisant certaines niches sociales dénoncées depuis longtemps. Nous avons en outre

mieux ciblé les allègements généraux de cotisations sociales.

Nous aurions créé dix-sept taxes ? Non ! Seules quatre taxes sont réellement nouvelles, dont deux votées à l'unanimité du Sénat : la création d'une contribution patronale sur les bonus des *traders* et la taxe sur les cosmétiques au profit de l'Afssaps.

M. Xavier Bertrand, ministre. – Il en reste quinze !

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Nous avons supprimé la taxe sur les mutuelles, tout comme le rabaillage des indemnités journalières. Nous voulions mettre un terme à la convergence tarifaire des établissements publics et privés, mais l'article 40 nous empêche de construire une alternative complète au texte proposé.

Il reste que le texte que nous allons voter dans quelques instants se différencie nettement de celui présenté par le Gouvernement ; il est une esquisse d'un véritable projet de gauche pour la sécurité sociale, préservant cet acquis du Conseil national de la résistance. (*Applaudissements à gauche*)

Mme Muguette Dini. – Le PLFSS voté par l'Assemblée nationale favorisait des recettes supplémentaires et proposait des économies nouvelles. Notre groupe voulait le voter.

En revanche, nous voterons contre le texte déraisonnable, sinon surréaliste issu de nos travaux.

Mme Anne-Marie Escoffier. – Il faut un grand réalisme pour protéger nos concitoyens les plus démunis, tout en organisant les inévitables économies.

Je me félicite de la qualité du débat et de l'adoption de certaines des mesures que souhaitait le groupe RDSE. Bien que le texte de ce soir ne nous satisfasse pas totalement, les nombreuses améliorations conduisent la quasi-totalité du RDSE à voter ce PLFSS. (*Applaudissements à gauche*)

M. Ronan Kerdraon. – Nous avons examiné avec réalisme le texte adopté par l'Assemblée nationale, avec des recettes insuffisantes, malgré l'abandon de l'aide à l'autonomie.

Sans parler de ses bases erronées, ce budget méritait un triple i : indigent, irresponsable, irréaliste.

À la fin de ce débat responsable, avons-nous satisfait les attentes de nos compatriotes ? Dans les limites constitutionnelles, oui.

Nous avons abrogé l'article premier de la loi Tepas, nous avons supprimé la taxe sur les mutuelles et modifié les prélèvements sur les revenus du capital, afin d'un finir avec un régime choquant. Je songe aux parachutes dorés...

M. Xavier Bertrand, ministre. – M. Fabius !

M. Ronan Kerdraon. – La gauche veut réduire les déficits, sans porter atteinte à la protection sociale due à tous nos concitoyens.

Les sénateurs socialistes voteront ce budget porteur d'espoirs, préfigurant les orientations d'un Gouvernement de gauche. (*Applaudissements sur les bancs socialistes*)

Mme Isabelle Pasquet. – En pratique, le texte définitif sera conforme à celui présenté par le Gouvernement. Nous repousserons donc les conclusions de la CMP.

L'évolution économique a déjà rendu caduc le PLFSS initial.

Nous regrettons que la commission des finances ait censuré nos amendements sur les franchises médicales et sur la convergence tarifaire, qui étrangle les hôpitaux publics. De même, nous n'avons pas pu proposer l'indispensable hausse de l'Ondam.

Sur les recettes, la majorité sénatoriale a partiellement modifié le dispositif, en supprimant l'article premier de la loi Tepas. Elle a aussi refusé de doubler la taxe sur les mutuelles.

Le Sénat a taxé les *stock-options* et les parachutes dorés.

L'égalité salariale entre hommes et femmes a progressé, de même que le respect des tarifs opposables par les médecins assurant les gardes.

Nous avons démontré qu'il était possible de réduire le déficit. Ne pas appliquer le PLFSS issu de nos travaux reviendrait à prétendre que la sécurité sociale n'a pas besoin de recettes nouvelles.

M. Jean Desessard. – Merci, monsieur le président, pour votre présidence « avec tact et mesure ». Je remercie aussi les ministres et rapporteurs pour l'animation et les explications prodiguées.

Ce débat sur la loi de financement est paradoxal : on nous dit qu'il faut faire des économies, alors que notre société doit souhaiter la croissance des services à la personne. Il est idiot de multiplier les transports mais pas de développer la protection sociale !

Il y a deux ans, nous sommes allés en Californie, où nous avons visité les hôpitaux. Leurs *managers* nous montraient leurs établissements comme des usines de production, car la santé est un secteur important. Camarades communistes, je ne propose pas de copier l'économie américaine mais je veux souligner l'importance économique du secteur de la santé.

Bien sûr, certains professionnels exagèrent. Bien sûr, il faudrait développer la prévention, mais les écologistes voteront le PLFSS issu des travaux du Sénat.

M. Alain Milon. – Que reste-t-il du PLFSS initial ?

M. Xavier Bertrand, ministre. – Des impôts nouveaux.

M. Alain Milon. – Pas grand-chose.

Vous avez créé dix-sept taxes sur les revenus du travail.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. – Vous n'avez pas écouté le rapporteur général !

M. Alain Milon. – En supprimant l'article premier de la loi Tepas, vous pénalisez des salariés modestes. Vous avez augmenté le forfait social à 11 % ; il porte sur la participation, les plans d'épargne d'entreprise.

Vous avez ignoré que nous avons rattaché les rémunérations comme les parachutes dorés au régime de droit commun.

Vous avez privé les budgets sociaux de 1 milliard d'euros en refusant la taxe sur les mutuelles, dont les réserves libres de tout engagement prudentiel atteignent 3 milliards d'euros !

Quant aux dépenses, vous avez repoussé toutes les mesures d'économie.

Pourquoi avez-vous refusé le maintien du secteur optionnel ?

Le refus du dépistage précoce de la surdité m'a choqué.

La politique familiale a été critiquée à gauche, alors qu'elle atteint 5,1 % du PIB, contre 4,7 % au début du quinquennat.

Nous craignons une opposition systématique ; nous n'avons pas été déçus ! Vous n'avez fait preuve ni de tact, ni de mesure.

Monsieur Desessard, nous ne voulons pas dépenser, mais dépenser mieux !

Nous ne voterons pas ce PLFSS. *(Applaudissements à droite)*

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Tout au long du débat, le Gouvernement a répété comme une litanie qu'il cherche des économies, et que nous ne faisons qu'ajouter des taxes.

Or, parmi les mesures de redressement du Gouvernement, les économies représentaient 2 milliards, les recettes nouvelles 6 milliards !

Et mettons fin au délire sur le nombre de taxes que nous aurions créées ! C'est vous qui avez voulu augmenter le forfait social de 6 % à 8 % ; nous sommes allés jusqu'à 11 %...

M. Xavier Bertrand, ministre. – Vous aimez les impôts !

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – ...pour financer le maintien de la taxe sur les mutuelles -que vous avez créée...

En cinq ans, vous avez créé une trentaine de taxes, dont une portant sur les bonus, les boissons sucrées et les crustacés.

Nous avons dessiné une nouvelle politique de la sécurité sociale. C'est ce qui vous chagrine. *(Applaudissements à gauche)*

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. – Cette longue semaine de débat a commencé par une suspension de séance, afin que les ministres nous expliquent dans le détail les mesures adoptées par le Gouvernement dans son nouveau plan.

Je remercie le rapporteur général et l'ensemble des présidents de séance. Nos débats ont été riches, parfois agités, mais toujours courtois, pleins de tact, de convictions, et d'énergie. Je tiens aussi à remercier l'équipe de nos administrateurs.

Nous avons construit un texte nouveau. Sans qu'il constitue un PLFSS alternatif, celui-ci satisfait mieux les sénateurs de gauche.

Je salue les ministres, qui ont accepté ce débat dans un environnement nouveau...

Ce texte va marquer de son empreinte notre première année de majorité au Sénat. *(Applaudissements à gauche)*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – Je suis touché par les bonnes paroles de la Mme la présidente David et je m'associe à ses remerciements. *(Applaudissements)*

M. Xavier Bertrand, ministre. – Courtoisie et respect mutuel nous autorisent aussi à se dire des vérités. On ne sort de l'ambiguïté qu'à ses dépens : la majorité a voté plus de dépenses et plus de déficits. Augmentant les prélèvements, elle fait comme si la crise n'existait pas. Le candidat socialiste à l'élection présidentielle n'arrive pas à sortir de l'ambiguïté, vous l'avez fait pour lui.

Le vrai courage politique n'est pas d'augmenter les impôts, comme il est dans votre ADN de le faire, on le voit dans les régions que vous gérez. Je vous respecte, mais je ne partage pas votre conception. Il y a une vraie différence entre nous. Je ne suis pas certain que les Français vous suivront. *(Applaudissements sur les bancs UMP)*

M. Jean-Pierre Caffet, rapporteur pour avis. – Nous verrons !

Le PLFSS est mis aux voix par scrutin public ordinaire de droit.

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

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	339
Majorité absolue des suffrages exprimés...	170

Pour l'adoption.....	175
Contre	164

Le Sénat a adopté.

Nomination à une éventuelle CMP

M. le président. – Pour le cas où le Gouvernement déciderait de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire pour proposer un texte sur les dispositions restant en discussion de ce projet de loi, il va être procédé à la nomination de ses membres.

La liste des candidats a été affichée, je n'ai reçu aucune opposition. Je proclame donc représentants du Sénat à cette commission mixte paritaire : titulaires : Mme Annie David, MM. Yves Daudigny, Jean-Pierre Caffet, Ronan Kerdraon, Mme Chantal Jouanno, M. Alain Milon, Mme Muguet Dini ; suppléants : Mme Christiane Demontès, M. Gérard Dériot, Mmes Catherine Deroche, Anne-Marie Escoffier, MM. Jean-Pierre Godefroy, Marc Laménie, Mme Isabelle Pasquet.

Cette nomination prendra effet si M. le Premier ministre décide de provoquer la réunion de cette commission mixte paritaire.

Prochaine séance aujourd'hui, mardi 15 novembre 2011, à 14 h 30.

La séance est levée à 3 heures.

Jean-Luc Dealberto,

Directeur des comptes rendus analytiques

ORDRE DU JOUR

du mardi 15 novembre 2011

Séance publique

DE 14 HEURES 30 À 17 HEURES

1. Proposition de loi relative à la prévention et l'accompagnement pour l'organisation des soirées en lien avec le déroulement des études (n°421, 2010-2011).

Rapport de M. André Reichardt, fait au nom de la commission des lois (n°86, 2011-2012).

DE 17 HEURES À 17 HEURES 45

2. Questions cibles thématiques sur « La désindustrialisation ».

DE 18 HEURES À 19 HEURES 30

3. Suite de l'ordre du jour de l'après-midi.

À 21 HEURES 30

4. Proposition de loi organique portant application de l'article 68 de la Constitution (n°69, 2009-2010).

Rapport de M. Jean-Pierre Sueur, fait au nom de la commission des lois (n°84, 2011-2012).

Texte de la commission (n°85, 2011-2012).