

N° 4240

N° 132

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 22 novembre 2016

Enregistré à la Présidence du Sénat
le 22 novembre 2016

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR
LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2017*,

PAR M. GERARD BAPT,

Rapporteur,
Député

PAR M. JEAN-MARIE VANLERENBERGHE,

Rapporteur,
Sénateur

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Lemorton, députée, présidente ;
M. Alain Milon, sénateur, vice-président, MM. Gérard Bapt, député, et Jean-Marie
Vanlerenberghe, sénateur, rapporteurs.

Membres titulaires : Mmes Michèle Delaunay, Marie-Françoise Clergeau,
MM. Jean-Pierre Door, Gilles Lurton et Dominique Tian, députés ; Mme Caroline Cayeux,
MM. René-Paul Savary, Yves Daudigny, Mmes Catherine Génisson et Annie David,
sénateurs.

Membres suppléants : Mmes Bernadette Laclais, Joëlle Huillier, MM. Alain Ballay,
Arnaud Viala, Mme Isabelle Le Callennec, MM. Francis Vercamer et Stéphane Claireaux,
députés ; MM. Gilbert Barbier, Jean-Noël Cardoux, Francis Delattre, Gérard Dériot,
Mme Corinne Féret, MM. Gérard Roche et Jean-Louis Tourenne, sénateurs.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{re} lecture : **4072, 4151, 4150** et T.A. **829**.

Sénat : 1^{re} lecture : **106, 114, 108** et T.A. **25** (2016-2017).

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 s'est réunie à l'Assemblée nationale le mardi 22 novembre 2016.

La Commission mixte paritaire procède à la désignation de son bureau, qui est ainsi constitué :

- Mme Catherine Lemorton, députée, présidente,
- M. Alain Milon, sénateur, vice-président.

Puis ont été désignés :

- M. Gérard Bapt, rapporteur pour l'Assemblée nationale,
- M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur pour le Sénat.

*

* *

La Commission mixte paritaire procède ensuite à l'examen du texte :

Mme Catherine Lemorton, députée, présidente. Nous nous réunissons, conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande du Premier ministre, en commission mixte paritaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, texte adopté par l'Assemblée nationale le 2 novembre dernier et par le Sénat, qui en a achevé l'examen vendredi, cet après-midi.

Comme toutes les commissions mixtes paritaires, celle-ci a pour but d'essayer de dégager un texte commun entre nos deux assemblées.

J'ai cependant le sentiment qu'il existe un certain nombre de points d'opposition importants entre nos deux assemblées, le Sénat ayant par exemple rejeté les articles d'équilibre, les objectifs de dépenses, refusé la mise en place d'une contribution assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de produits du

tabac ainsi que la création du Fonds pour le financement de l'innovation thérapeutique.

Les interventions de nos rapporteurs nous permettront de mesurer pleinement l'importance de nos désaccords, et probablement notre incapacité à trouver une position commune.

M. Alain Milon, sénateur, vice-président. Le Sénat, en effet, a adopté cet après-midi un texte très différent de celui adopté par l'Assemblée nationale. Aux points de divergence énumérés par Mme la présidente, j'ajouterai simplement, avant que les rapporteurs n'en disent davantage, celui relatif à la généralisation du tiers payant, que nous souhaitons supprimer. Il est donc probable que nous ne pourrions aboutir à un accord.

M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 comptait 60 articles lors de son dépôt par le Gouvernement sur le bureau de notre assemblée.

L'Assemblée nationale a introduit 41 articles additionnels. Le Sénat a adopté 28 articles dans les mêmes termes que l'Assemblée. Il a parallèlement adopté 20 articles additionnels, portant ainsi à 93 le nombre d'articles restant en discussion. Ces 93 articles se répartissent de la sorte : 22 suppressions d'articles adoptés par l'Assemblée ; 21 articles modifiés pour des raisons de seule forme ; 50 articles comportant des modifications de fond, souvent assorties de modifications rédactionnelles.

Le seul inventaire des articles supprimés devrait suffire à constater l'échec de notre commission mixte paritaire, puisque le Sénat a notamment rejeté les articles d'équilibre clôturant la troisième partie, et conditionnant l'ensemble des recettes et des dépenses pour 2017.

Je ne peux que renouveler l'étonnement que j'exprimais l'année dernière. Comment peut-on à la fois adopter, même en les modifiant, les articles de recettes de la troisième partie et les articles de dépenses de la quatrième, et refuser le cadre général dans lequel ils s'inscrivent, sans proposer, qui plus est, aucune alternative ?

Comme l'année dernière aussi, je trouve quelque peu surprenant que le Sénat ait laissé en navette de nombreux articles pour de simples questions rédactionnelles...

S'agissant des désaccords de fond entre les deux assemblées, je pourrais rappeler, sur la partie relative aux recettes et à l'équilibre général, dont j'étais rapporteur en première lecture : la fixation d'un seuil unique d'assujettissement au régime social des indépendants (RSI) pour les locations de biens, alors que le texte adopté par l'Assemblée nationale opérait une distinction utile entre les biens meubles et immeubles ; la suppression de l'article 16, instaurant une contribution spécifique sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac ; le refus de

réorganiser le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), en faisant prendre en charge par les régimes de base le financement du minimum contributif, alors même que cette mesure constituait l'une des principales préconisations du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat consacrée au FSV au printemps dernier.

En ce qui concerne l'assurance maladie, je regrette également la suppression, à l'article 18, de la scission du « taux L » en deux taux différenciés, « Lv » et « Lh », qui permet pourtant de mieux prendre en compte l'évolution du rythme des dépenses de médicaments à l'hôpital, en raison de l'arrivée de médicaments innovants et – malheureusement – onéreux.

Je ne peux que regretter également l'introduction par le Sénat de l'article 42 *ter*, qui vise tout bonnement à supprimer la généralisation du tiers payant instaurée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Je déplore tout autant la suppression des articles 5, 54 et 55, respectivement relatifs aux objectifs de dépenses de l'assurance maladie pour 2016 et 2017 et à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2017. Sur ce point, nous avons des divergences de fond sur lesquelles je ne m'étendrai pas.

Le Sénat a par ailleurs complété l'article 48 portant sur l'expérimentation des parcours de soins des personnes âgées, de façon à harmoniser davantage l'approche des agences régionales de santé (ARS) et celle des conseils départementaux. Il ne m'apparaît pas souhaitable d'aller dans le sens du Sénat, car l'objet des expérimentations consiste précisément à tester des organisations et des méthodes d'action. Au surplus, les dispositions adoptées par le Sénat prévoient la création d'un dispositif à caractère expérimental dans un article codifié (!) relatif aux compétences départementales en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées. Cette innovation juridique, qui tranche avec la rigueur coutumière de la chambre haute, m'étonne beaucoup.

Nous avons enfin, à l'article 53, un différend portant sur le prélèvement opéré en 2017 sur les réserves de l'Association nationale pour la formation professionnelle du personnel hospitalier (ANFH). Notre point de vue est qu'il est possible d'opérer cette ponction sur des réserves « dormantes », alors que l'obligation de formation de cet organisme paritaire collecteur agréé n'est pas totalement honorée.

Concernant le secteur médico-social en particulier, je ne peux que regretter la suppression de l'article 46 *bis*, qui traite du problème des départs non choisis de Français en situation de handicap vers la Belgique. Contrairement à ce qui a été prétendu au Sénat, il ne s'agit en aucun cas de « détourner l'attention des pouvoirs publics » de ce sujet, mais au contraire de souligner son ampleur croissante et d'y

apporter des réponses pérennes, comme l'a souligné notre collègue Philip Cordery dans son rapport.

S'agissant de la branche vieillesse, je me réjouis de l'approbation par le Sénat de la majorité des dispositions ajoutées par l'Assemblée, relatives notamment aux travailleurs handicapés et aux Français de l'étranger.

Des désaccords de fond persistent néanmoins, parmi lesquels, en premier lieu, la suppression, qui me laisse perplexe, de l'article 57 relatif au transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) à la Mutualité sociale agricole (MSA), article que l'Assemblée avait proposé d'aménager pour faciliter son entrée en vigueur d'ici 2020, et qui permettra de « donner du grain à moudre » à la MSA, dont certaines structures départementales sont très affaiblies.

Concernant enfin la branche famille, je regrette l'introduction par le Sénat de l'article 28 *bis*, qui tend à supprimer la réforme du congé parental applicable depuis le 1^{er} janvier 2015. Cette réforme, qui permet de prolonger la période initiale du congé parental à condition que celui-ci soit partagé entre les deux parents, était nécessaire : elle contribue en effet à encourager une répartition plus équilibrée des responsabilités familiales au sein du couple et ainsi, à terme, à favoriser l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Suivant sa logique de rejet des grands équilibres proposés par le texte, le Sénat a par ailleurs supprimé les articles 29, 35 et 37 fixant les objectifs de dépenses des branches famille, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), ainsi que l'article 56 fixant les prévisions de charges du fonds de solidarité vieillesse.

En conclusion, mes chers collègues, je vous invite à constater dès à présent que notre commission est dans l'incapacité d'aboutir à une rédaction commune.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. Sur les 101 articles, dont 41 articles additionnels, que comptait le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 à l'issue de son examen par l'Assemblée nationale, le Sénat en a adopté conformes 28, modifié 51 et supprimé 22. Notre assemblée a adopté 157 amendements émanant, pour la plupart, de la commission des affaires sociales, mais aussi, pour certains, de tous les groupes et du Gouvernement. Vingt articles additionnels ayant été adoptés, 93 articles restent en discussion.

Ces chiffres reflètent très bien la position que nous avons souhaité prendre sur ce texte.

Nous ne partageons pas les options qui sous-tendent les grands équilibres de ce projet de loi et, cette année tout particulièrement, nous contestons la façon dont ils ont été construits, c'est-à-dire avec la volonté d'afficher à tout prix un redressement significatif du solde de l'assurance maladie, quitte à dégrader celui

des autres branches, soit par des ponctions de recettes, soit par des transferts de charges.

Oui, le déficit se réduit, et c'est heureux compte tenu des efforts demandés, sous forme de prélèvements obligatoires, aux assurés et à la population. Non, le processus n'est pas achevé : la sécurité sociale n'est pas à l'équilibre, pas plus que les retraites ne sont en excédent pour des décennies. C'est ce sur quoi le Sénat a voulu alerter.

Le Sénat – et je répons là à l'interpellation du rapporteur pour l'Assemblée nationale – n'a pas bâti de contre-projet ; il a simplement réagi aux équilibres qui lui étaient proposés. Nous sommes en fin de législature, à l'heure des bilans. Le temps du contre-projet viendra. Plutôt que de rejeter ce texte, nous en avons donc, comme la loi organique le permet, rejeté les tableaux.

Nous avons eu en revanche la volonté de procéder à un examen attentif, soucieux d'améliorer la rédaction des articles sur lesquels nous n'avions pas de désaccord de fond – et il y en a. Voulant rester bref, je ne prendrai que quelques exemples.

Ainsi, à l'article 10, nous avons souhaité appeler le Gouvernement à l'application effective des règles existantes. Il manque un outil centralisé de déclaration et de collecte de l'impôt sur le revenu et des prélèvements sociaux sur les revenus dégagés par les plateformes collaboratives. C'est pourquoi certains utilisateurs peuvent avoir l'impression que ces revenus ne supportent actuellement aucun prélèvement. C'est le sens de notre ajout relatif à la contribution sociale généralisée (CSG), même si nous sommes bien conscients que les outils nécessaires à la mise en œuvre effective d'un tel dispositif font actuellement défaut.

Sur le premier volet de l'article, à savoir le critère de distinction des revenus d'activité, nous avons souhaité donner une chance à l'article en dépit de ses imperfections – qui sont apparues à l'Assemblée elle-même, puisqu'elle l'a modifié ! Il nous a néanmoins semblé que, si un seuil de revenus devait être appliqué, il n'était pas logique d'en avoir plusieurs. C'est pourquoi nous avons fait une proposition qui a au moins le mérite d'ouvrir la discussion sur ce point, sans doute l'un des plus importants du texte. Une autre question méritant une attention particulière est celle des gîtes : le ministre du budget nous a dit qu'ils n'étaient pas concernés, mais il semble que ceux qui ne relèvent pas de la MSA posent bel et bien problème, et je crois d'ailleurs savoir que le Gouvernement s'emploie à le résoudre...

Cet article est emblématique des débats sur notre protection sociale : devant son coût élevé, en effet, certains de nos concitoyens cherchent à se soustraire aux prélèvements qui la financent.

Les mesures les plus importantes pour l'économie de la branche maladie portaient cette année sur le médicament.

Je ne reviens pas sur les réserves que nous inspirent les multiples mécanismes de fiscalité du médicament ; nous les avons déjà exprimées au cours des années précédentes. Le Sénat n'a pas souhaité apporter de complexité supplémentaire à cette architecture déjà foisonnante ; c'est pourquoi il a supprimé la différenciation du mécanisme de régulation dit « taux L » en un double mécanisme applicable à la médecine de ville et à l'hôpital. Dans ce même but de simplification, et en complément de l'amendement gouvernemental adopté à l'Assemblée nationale prévoyant de faire porter le taux L sur l'évolution du chiffre d'affaires brut des entreprises – c'est-à-dire sans en retrancher les remises conventionnelles versées par les laboratoires dans le cadre des contrats passés avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) –, il prévoit que la remise versée au titre du taux L ne soit pas déduite du chiffre d'affaires de l'année « n - 1 », afin de rendre les assiettes comparables d'une année sur l'autre. Estimant enfin qu'il avait déjà porté ses fruits sur la fixation du prix des médicaments contre l'hépatite C, il a supprimé la prorogation pour 2017 du mécanisme dit « W ».

S'agissant des biosimilaires, objets de l'article 50, nous avons prévu que non seulement l'interchangeabilité, concept au demeurant flou sur lequel Mme la ministre ne nous a guère éclairés, mais aussi la substitution se fassent à l'initiative du médecin. Ceci nous semble la conséquence logique de la volonté de développer le recours au biosimilaire sans rencontrer les réticences que nous connaissons vis-à-vis du générique. La commission des affaires sociales a également souhaité que les prescriptions hospitalières exécutées en ville comportent une part de prescription en biosimilaire, comme c'est déjà le cas pour le générique.

À l'article 51 relatif au régime des autorisations temporaires d'utilisation (ATU), il nous a semblé nécessaire de supprimer le dispositif substantiel, introduit en séance à l'Assemblée par le Gouvernement, créant un plafond de coût par traitement – fixé à 10 000 euros. Cette mesure, contrairement aux autres, n'a pas été suffisamment discutée avec les acteurs concernés, et nous craignons ses conséquences sur l'accès des patients aux médicaments innovants. Il nous semble nécessaire, pour le moins, qu'un nouveau dispositif soit trouvé.

Enfin, à l'article 52 relatif à la sécurisation des baisses de prix, nous avons poursuivi le travail de stabilisation de la rédaction entamé à l'Assemblée nationale, et qui pourra, je pense, être achevé sans dissension majeure.

Dans ce même esprit de simplification, l'amendement adopté par le Sénat à l'article 48 autorise les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), gérés par les conseils départementaux, à prendre en charge, lorsqu'ils en ont la possibilité, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), qui sont habituellement déployées par les agences régionales de santé (ARS). Il s'agit d'éviter le maintien ou la création de structures redondantes dans les cas où les compétences peuvent être réunies.

Je veux, avant de conclure, répondre au rapporteur Bapt sur le FSV. Je n'ai pas le sentiment que nous ayons outrepassé, au contraire, les conclusions du rapport d'information confié à mes collègues Gérard Roche et Catherine Génisson par la MECSS du Sénat. Nous avons simplement noté le transfert de 800 millions d'euros de la section III du FSV vers l'assurance maladie, et considéré qu'il aurait été préférable de réduire le déficit du Fonds, qui est de 3,8 milliards d'euros – et qui est supporté par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) puisque le plafond des transferts à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est atteint.

Quant au Fonds de financement de l'innovation thérapeutique, il ne s'agit pas à proprement parler d'un fonds, puisqu'il n'a pas de recettes affectées et n'est alimenté, pour l'heure, que par la ponction, par définition non reconductible, sur les réserves du FSV. Le véritable fonds qui finance l'innovation thérapeutique, dans les faits, c'est l'ONDAM. Si l'on voulait créer un véritable fonds pour l'innovation, il faudrait le doter d'une recette pérenne, lui permettant de s'adapter au coût des molécules innovantes à financer. Ce n'est pas faire de la politique « politicienne » que de dire cela : c'est défendre une certaine logique comptable.

S'agissant de la formation du personnel hospitalier, enfin, nous avons proposé de couper en deux l'enveloppe de 300 millions d'euros affectée au Fonds de modernisation des établissements de santé, en prenant acte du prélèvement de 150 millions opéré en 2016 sur les réserves de l'ANFH, mais en supprimant celui, d'un montant identique, proposé pour 2017.

Je m'arrêterai là. Pour la troisième année consécutive, la discordance des majorités entre nos deux assemblées a néanmoins rendu possible certaines convergences, dans un climat aussi serein que constructif. D'importants désaccords de fond subsistent néanmoins et me paraissent de nature, je rejoins M. Bapt sur ce point, à empêcher l'élaboration d'un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

M. Jean-Pierre Door, député. Je ne veux pas abuser du temps de cette commission dont nous connaissons déjà la prévisible conclusion. Je confirmerai simplement que les députés du groupe Les Républicains approuvent le texte voté voici quelques heures par la majorité sénatoriale.

Les divergences entre les deux assemblées portent notamment sur les estimations macro-économiques du Gouvernement, que nous estimons insincères, et sur la manipulation des chiffres du déficit de la sécurité sociale, qui n'est pas de 400 millions d'euros, mais bien de 4,2 milliards d'euros, tandis que la dette sociale cumulée reste supérieure à 150 milliards d'euros.

Les modifications apportées par nos collègues sénateurs, en revanche, nous agréent, qu'il s'agisse de la modification du taux L, de l'extension de la protection maternité à toutes les femmes médecins, de la nouvelle rédaction, plus

raisonnable, de l'article 10 relatif à l'économie collaborative – que nous avons réussi à faire repousser par l'Assemblée, mais que le Gouvernement a fait rétablir à la faveur d'une seconde délibération –, de la suppression de la clause de désignation – deux fois annulée par le Conseil constitutionnel et qui le sera très vraisemblablement une troisième fois –, ou encore de celle de la généralisation du tiers payant.

Force est de constater, dans ces conditions, que la présente commission n'a aucune chance d'aboutir à un texte commun.

Mme Annie David, sénatrice. Je veux insister, tout d'abord, sur la qualité des travaux du Sénat, et remercier le rapporteur général de sa commission des affaires sociales, M. Vanlerenberghe, pour les réponses qu'il a apportées à nos amendements : il n'est pas si fréquent que nous parvenions à nous faire entendre dans l'hémicycle...

L'an dernier, un rapport sur les congés pour longue maladie, notamment dans la fonction publique, et la liste des maladies ouvrant droit à un congé de longue durée avaient été demandés au Gouvernement, mais ce rapport se fait toujours attendre : aussi avons-nous déposé, cette année encore, un amendement de portée plus large, adopté lui aussi par le Sénat, et dont le groupe Communiste, républicain et citoyen souhaite l'intégration à la loi qui sera définitivement adoptée.

Si nous n'approuvons pas le texte issu des travaux du Sénat, nous ne sommes pas pour autant favorables à celui voté par l'Assemblée, mais pour des raisons, chacun s'en doute, bien différentes de celles de M. Door. (*Sourires.*) La réalisation d'économies pour un montant de 4,1 milliards d'euros et la fixation de l'ONDAM à 2,1 % porteront en effet un coup très dur aux patients, mais aussi aux professionnels de santé dans leur ensemble, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital. Nous avons rencontré un certain nombre de syndicats et d'associations, dont le collectif « Les amis de Jean-Marie Megnier » – du nom de ce cardiologue de l'hôpital Georges-Pompidou qui a mis fin à ses jours en décembre 2015 ; il ressort de ces rencontres que les personnels hospitaliers sont en proie à une grande souffrance, et qu'il est temps d'entendre cette souffrance.

Le Sénat, de son côté, a rejeté, outre les articles d'équilibre que nous contestons également – mais, comme je l'ai dit, pour de tout autres raisons –, les dispositions qu'il a jugées trop « dépensières ». Nous partageons naturellement la volonté d'équilibrer les comptes, mais nous proposons de le faire en agissant sur les recettes plutôt qu'en diminuant les dépenses, car cette réduction continue remet en cause le modèle solidaire de notre protection sociale.

Si nous nous félicitons de ce que l'article 30 *bis* permette la prise en compte de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour le départ anticipé à la retraite, nous regrettons que la fixation à 80 % au lieu de 50 % du taux d'invalidité permanente ouvrant droit au départ anticipé à la retraite limite

fortement le nombre des bénéficiaires potentiels. Je tenais à vous alerter sur ce point.

J'insisterai également sur la ponction de 700 millions d'euros opérée sur les réserves du régime AT-MP sous prétexte de sous-utilisation. Notre groupe a déposé plusieurs amendements visant précisément à ce que ces montants servent à des fins de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, le troisième plan « Santé au travail » préparé par Mme la ministre du travail étant sous-financé.

Je pourrais aussi parler de l'hôpital public, de la médecine de ville, de la désertification médicale, ou encore du vieillissement, entre autres sujets très importants. Pour me résumer, je dirai seulement que nous ne sommes favorables ni au texte de l'Assemblée nationale, ni à celui du Sénat, qui me semblent par ailleurs difficilement conciliables.

M. Yves Daudigny, sénateur. La composition politique opposée – quoique non tout à fait symétrique – de nos assemblées respectives rend hautement improbable l'adoption d'un texte commun. Le groupe Socialiste et républicain du Sénat apporte son soutien au texte voté par l'Assemblée, et insiste sur l'effectivité du rétablissement financier de la sécurité sociale. Les quatre branches qui sont au cœur de notre système de protection sociale sont en effet revenues à l'équilibre ou au quasi-équilibre ; pourquoi s'acharner à nier cette réalité ?

Quant au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), il n'est pas inutile de rappeler que la forte détérioration de ses comptes remonte à 2009 : cette année-là, son déficit, qui était de 810 millions d'euros l'année précédente, est passé à 3,2 milliards d'euros, et il est demeuré compris entre 3 et 4 milliards d'euros depuis lors.

Je voudrais évoquer plus particulièrement trois articles sur lesquels l'opposition sénatoriale a été amenée à prendre une position conforme à celle de la majorité.

L'article 10 *bis*, qui exonère partiellement de cotisations sociales les médecins retraités continuant à exercer dans des zones où l'offre de soins est déficitaire, est une disposition peu coûteuse pour les finances sociales, et constitue à la fois une incitation forte et un juste retour pour les praticiens qui accepteront de prolonger leur activité au bénéfice de la collectivité. Il vient utilement compléter la panoplie de mesures, à l'efficacité régulièrement démontrée, par lesquelles le Gouvernement s'emploie à résoudre le grave problème de la désertification médicale – tant en zone urbaine que rurale.

Sur l'article 43, nous avons considéré que l'aide financière complémentaire versée aux médecins interrompant leur activité pour cause de maternité – ou de paternité – devait être étendue à tous les médecins, et qu'il

n'était pas justifié de la réserver aux professionnels exerçant dans les zones sous-denses – lesquelles n'en seraient nullement pénalisées.

S'agissant enfin de l'article 50, j'avais exprimé la crainte que les biosimilaires ne se heurtent à la même méfiance que les génériques, tant de la part des patients que des praticiens prescripteurs, et que, les mêmes causes produisant les mêmes effets, les résultats soient moins bons que ceux observés dans des pays comparables. J'avais donc proposé une rédaction précisant le rôle du médecin et celui du pharmacien, rédaction inspirée non par les industriels du médicament, mais par les réflexions de spécialistes de la fabrication de biosimilaires, et par celles d'associations de patients soignés par ces biosimilaires. L'essentiel est que la décision revienne au médecin, et non au pharmacien. J'y insiste, par-delà nos divergences politiques, car il y va de l'avenir des biosimilaires, de la confiance des patients et de l'intérêt bien compris de la sécurité sociale, l'enjeu se chiffrant en milliards d'euros.

Mme Catherine Lemorton, députée, présidente. Il y a encore un long chemin à faire pour atteindre de tels montants : nous n'en sommes qu'à 30 millions d'euros !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe, sénateur, rapporteur pour le Sénat. Je confirme que l'unanimité s'est faite, au Sénat, sur les trois articles évoqués par M. Daudigny à la fin de son propos.

M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. Sur les biosimilaires, le rôle du médecin est bien précisé par l'article 50 tel qu'adopté par l'Assemblée nationale : le pharmacien ne peut procéder à la substitution qu'en l'absence d'opposition du médecin. Cette rédaction nous a paru offrir suffisamment de garanties ; elle est même beaucoup plus stricte que la pratique en cours dans certains pays nordiques.

Mme Catherine Lemorton, députée, présidente. Au vu de ces échanges, je pense que les divergences entre nos deux assemblées rendent impossible l'élaboration d'un texte commun susceptible d'être adopté tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

Il me semble donc raisonnable de constater cette impossibilité et de conclure malheureusement à l'échec de la commission mixte paritaire.

La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut aboutir à l'adoption d'un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.