

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mercredi 14 novembre 2007

(21^e jour de séance de la session)



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

1. Procès-verbal (p. 4689).
2. Dépôt d'un rapport du Gouvernement (p. 4689).
3. Financement de la sécurité sociale pour 2008. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4689).

Troisième partie (Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2008) (*suite*)

Article 12 (p. 4689)

Mme Nathalie Goulet.

Amendements n^{os} 112 de M. Bernard Cazeau et 398 rectifié de Mme Annie David. – M. Bernard Cazeau, Mme Annie David, MM. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique ; Jacques Blanc, Pierre Hérisson, Jean Boyer. – Rejet de l'amendement n^o 112 ; adoption de l'amendement n^o 398 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Article 13 (p. 4694)

Amendement n^o 115 rectifié de M. Michel Houel. – MM. Michel Houel, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 13 de la commission. – MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 13 *bis* (p. 4694)

Amendement n^o 14 de la commission. – MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 14 (p. 4695)

Mme Annie David.

Amendements n^{os} 288 de M. Michel Billout et 175 rectifié *bis* de M. Bernard Seillier. – Mme Annie David, MM. Bernard Seillier, le rapporteur, le ministre. – Rejet de l'amendement n^o 288 ; adoption de l'amendement n^o 175 rectifié *bis*.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 14 (p. 4698)

Amendements n^{os} 290 et 291 de Mme Annie David. – Mme Annie David, MM. le rapporteur, le ministre. – Retrait de l'amendement n^o 291 ; rejet de l'amendement n^o 290.

Amendement n^o 292 de Mme Annie David. – Mme Annie David, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Article 15 (p. 4700)

Amendement n^o 116 rectifié de M. Michel Houel. – MM. Michel Houel, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 15 (p. 4701)

Amendement n^o 195 de M. Jean-Léonce Dupont. – MM. Jean Boyer, le rapporteur, le ministre. – Retrait.

Article 16 (p. 4701)

Amendements identiques n^{os} 15 de la commission, 113 de M. Bernard Cazeau et 294 de M. Guy Fischer ; amendement n^o 465 (*priorité*) du Gouvernement. – M. le rapporteur, Mme Christiane Demontès, MM. Guy Fischer, le ministre, Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. – Adoption d'une demande de priorité de l'amendement n^o 465 ; adoption, par scrutin public, de l'amendement n^o 465, les autres amendements devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 16 *bis*. – Adoption (p. 4706)

Article 16 *ter* (p. 4706)

Amendements identiques n^{os} 114 de M. Bernard Cazeau et 295 de M. Guy Fischer ; amendement n^o 408 rectifié de M. Gérard César. – MM. Bernard Cazeau, Guy Fischer, Gérard César, le rapporteur, le ministre. – Rejet des amendements n^{os} 114 et 295 ; adoption de l'amendement n^o 408 rectifié.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 (p. 4708)

MM. Bernard Cazeau, François Autain.

Amendement n^o 82 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. – MM. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances ; le rapporteur, le ministre. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article additionnel après l'article 17 (p. 4710)

Amendement n^o 139 rectifié de M. Jean-Pierre Cantegrit. – MM. Jean-Pierre Cantegrit, le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 18 (p. 4711)

M. Guy Fischer.

Adoption de l'article.

Article 19 (p. 4712)

M. Guy Fischer.

Adoption de l'article.

Article 20 (p. 4713)

M. Bernard Cazeau.

Adoption de l'article.

Article 21 (p. 4713)

M. Claude Domeizel, Mme Gisèle Printz, M. Guy Fischer.

Amendement n° 296 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, le ministre, le rapporteur pour avis, Claude Domeizel. – Rejet.

Adoption de l'article.

Article 22. – Adoption (p. 4716)

Article 23 (p. 4717)

Amendement n° 16 de la commission. – MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 23 (p. 4717)

Amendement n° 145 de M. Claude Domeizel. – MM. Claude Domeizel, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Article 24 (p. 4718)

MM. François Autain, le rapporteur pour avis.

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART

Amendement n° 297 de M. François Autain. – MM. le rapporteur, le ministre, François Autain. – Rejet.

Adoption de l'article.

Adoption de l'ensemble de la troisième partie du projet de loi.

Quatrième partie

(Dispositions relatives aux dépenses pour 2008)

Article 25 (p. 4721)

Amendement n° 430 de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. – Retrait.

Amendement n° 431 de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendements n° 419 rectifié et 418 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait de l'amendement n° 419 rectifié ; adoption de l'amendement n° 418 rectifié.

Amendement n° 298 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre, M. le président de la commission. – Adoption.

Amendement n° 146 rectifié de M. Bernard Cazeau. – MM. Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendement n° 420 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Demande de réserve (p. 4725)

Demande de réserve de l'article 26. – Mme la ministre, M. le président de la commission. – Adoption.

La réserve est ordonnée.

Article 27 (p. 4725)

Amendement n° 454 du Gouvernement. – Mme la ministre, M. le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 28 (p. 4726)

Mmes Raymonde Le Texier, la ministre.

Amendements n° 448 du Gouvernement, 435 de M. Paul Blanc, 300 de M. François Autain, 124 de M. Bernard Cazeau ; amendements identiques n° 19 de la commission, 193 de M. Nicolas About et 436 rectifié de M. Paul Blanc. – Mme la ministre, MM. Paul Blanc, François Autain, Mme Annie Jarraud-Vergnolle, MM. le rapporteur, Bernard Cazeau, Jean-Pierre Godefroy. – Adoption des amendements n° 448, 19, 193 et 436 rectifié, les amendements n° 435, 300 et 124 devenant sans objet.

Amendements identiques n° 123 de M. Bernard Cazeau et 299 de M. François Autain. – Mme Gisèle Printz, MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n° 434 de M. Paul Blanc et 457 de la commission ; amendement n° 301 de M. François Autain. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, François Autain, Mme la ministre. – Adoption des amendements n° 434 et 457, l'amendement n° 301 devenant sans objet.

*Suspension et reprise de la séance (p. 4733)***PRÉSIDENTE DE MME MICHÈLE ANDRÉ**

Amendement n° 302 de M. François Autain. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la ministre, M. François Autain. – Rejet.

Amendements identiques n° 20 de la commission et 437 de M. Paul Blanc ; amendements n° 303 et 304 de M. François Autain. – MM. le rapporteur, Paul Blanc, François Autain, Mme la ministre. – Adoption des amendements n° 20 et 437, les amendements n° 303 et 304 devenant sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Article 26 (*précédemment réservé*) (p. 4736)

Amendements n^{os} 17 rectifié de la commission et 416 rectifié de Mme Catherine Procaccia. – M. le rapporteur, Mme Catherine Procaccia, Mme la ministre, M. Bernard Cazeau. – Retrait de l'amendement n^o 17 rectifié ; adoption de l'amendement n^o 416 rectifié.

Amendement n^o 432 de M. Paul Blanc. – MM. Paul Blanc, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n^o 18 de la commission et sous-amendement n^o 464 rectifié du Gouvernement. – M. le rapporteur, Mme la ministre, M. Paul Blanc. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Adoption de l'article modifié.

Article 28 *bis*. – Adoption (p. 4740)

Articles additionnels avant l'article 29 (p. 4740)

Amendement n^o 305 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 309 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 306 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 307 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Article 29 (p. 4743)

Amendement n^o 267 de M. Jean Bizet. – MM. Jean Bizet, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n^o 310 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Amendement n^o 185 rectifié de M. Jean Bizet. – MM. Jean Bizet, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n^o 415 de Mme Catherine Procaccia. – Mme Catherine Procaccia, M. le rapporteur, Mme la ministre. – Adoption.

Amendements identiques n^{os} 21 de la commission et 160 rectifié de M. Bernard Cazeau ; amendement n^o 343 rectifié de M. François Autain ; amendements identiques n^{os} 22 de la commission et 161 rectifié *bis* de Mme Annie Jarraud-Vergnolle ; amendement n^o 344 rectifié de M. François Autain. – MM. le rapporteur, Jean-Pierre Godefroy, Mme la ministre, M. François Autain, Mme Nathalie Goulet. – Retrait des amendements n^{os} 160 rectifié, 343 rectifié, 161 rectifié *bis* et 344 rectifié ; adoption des amendements n^{os} 21 et 22.

Amendement n^o 23 de la commission. – M. le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Amendement n^o 449 rectifié du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, le président de la commission, Bernard Cazeau, Jean-Pierre Godefroy, François Autain, Gérard Dériot, Adrien Gouteyron. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Articles additionnels après l'article 29 (p. 4752)

Amendements identiques n^{os} 147 de Mme Raymonde Le Texier, 311 de M. François Autain et 413 de Mme Catherine Procaccia. – Mme Raymonde Le Texier, M. François Autain, Mmes Catherine Procaccia, la ministre. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel.

Amendement n^o 308 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Rejet.

Article 29 *bis* (p. 4753)

Amendement n^o 450 du Gouvernement. – Mme la ministre, MM. le rapporteur, François Autain. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 30 (p. 4754)

Amendements n^{os} 241 de Mme Muguette Dini, 417 rectifié de Mme Catherine Procaccia, 266 rectifié de M. Paul Blanc, 83 et 84 de M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis ; amendements identiques n^{os} 148 de M. Bernard Cazeau et 317 de M. François Autain. – M. Jean Boyer, Mmes Catherine Procaccia, Marie-Thérèse Hermange, MM. le rapporteur pour avis, Bernard Cazeau, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait des amendements n^{os} 241 et 266 rectifié ; rejet des amendements n^{os} 148 et 317 ; adoption des amendements n^{os} 417 rectifié, 83 et 84.

MM. Bernard Cazeau, François Autain.

Adoption de l'article modifié.

Article additionnel après l'article 30 (p. 4758)

Amendement n^o 318 de M. François Autain. – MM. François Autain, le rapporteur, Mme la ministre. – Retrait.

Renvoi de la suite de la discussion.

4. Dépôt d'un projet de loi (p. 4759).

5. Textes soumis au Sénat en application de l'article 88-4 de la Constitution (p. 4759).

6. Dépôt d'un rapport (p. 4759).

7. Ordre du jour (p. 4760).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CLAUDE GAUDIN

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

1

PROCÈS-VERBAL

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

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

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

2

DÉPÔT D'UN RAPPORT DU GOUVERNEMENT

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre, en application de l'article 4 de la loi n° 2001-153 du 19 février 2001 tendant à conférer à la lutte contre l'effet de serre et à la prévention des risques liés au réchauffement climatique la qualité de priorité nationale et créant un Observatoire national sur les effets du réchauffement climatique en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, le rapport sur les changements climatiques et risques sanitaires en France.

Acte est donné du dépôt de ce rapport.

Il sera transmis à la commission des affaires économiques et sera disponible au bureau de la distribution.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée nationale (n° 67, 72 et 73).

TROISIÈME PARTIE *(suite)*

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008

M. le président. Dans la discussion de la troisième partie, nous en sommes parvenus à l'article 12.

Article 12

I. – Les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux sont abrogés à compter du 1^{er} novembre 2007. Toutefois, les dispositions de ces articles continuent à s'appliquer aux contrats de travail conclus avant le 1^{er} novembre 2007 et jusqu'au terme de ceux-ci.

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Dans le dernier alinéa du II de l'article L. 322-13, après le mot : « licenciement », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 321-1 » ;

2° Après l'article L. 322-13, il est inséré un article L. 322-14 ainsi rédigé :

« *Art. L. 322-14.* – L'exonération définie à l'article L. 322-13 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1^{er} novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones. »

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le dernier alinéa du II de l'article L. 131-4-2, après le mot : « licenciement », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail » ;

2° Après l'article L. 131-4-2, il est inséré un article L. 131-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-4-3.* – L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1^{er} novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones. »

IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'évaluation du dispositif prévu par les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, tel qu'il continue à s'appliquer aux contrats mentionnés au I.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, sur l'article.

Mme Nathalie Goulet. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le texte adopté l'année dernière devait constituer une étape législative essentielle pour notre pays, avec un engagement de solidarité à l'égard des territoires ruraux.

Je m'interroge sur l'opportunité de supprimer aujourd'hui les articles 15 et 16 de la loi relative au développement des territoires ruraux, alors que ces dispositions ont moins de dix-huit mois d'application. Ces dernières, peu encore connues, n'ont pas pu voir leur efficacité appréciée, surtout dans des zones où elles ont eu du mal à être appliquées puisqu'elles datent, je le répète, de moins de deux ans.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous garantir le maintien des mesures exonératoires instituées en faveur des zones de désertification rurale, qui avaient fait l'objet, je vous le rappelle, de très nombreux débats dans cet hémicycle ? J'aimerais obtenir des assurances sur les contrats conclus en fonction des dispositions qui sont sur le point d'être annulées.

M. le président. Je suis saisi deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 112, présenté par MM. Cazeau et Godefroy, Mmes Le Texier, Demontès, Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger et Alquier, M. Domeizel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Bernard Cazeau.

M. Bernard Cazeau. Une question doit tout d'abord être posée : pourquoi tant de hâte ?

Le dispositif des zones de revitalisation rurale, les ZRR, doit faire l'objet, en application de l'article 2 de la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux, d'une évaluation au plus tard en 2009. Cela implique seulement que le dispositif soit en vigueur durant trois ans – ce laps de temps n'est pas très long – et permet une mise en perspective des avantages et des inconvénients d'une mesure.

Au mois de novembre 2007, c'est-à-dire, en réalité, deux ans après que la disposition a commencé à produire ses effets, vous voulez déjà la détruire ! Il est vrai qu'elle avait été enlevée de haute lutte, contre la volonté des financiers.

Déjà, nos collègues députés, lors de l'examen d'un amendement déposé par la commission, sont partiellement revenus sur le couperet mis en place par le texte initial du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les organismes d'intérêt général ne serait plus applicable que pour une durée de douze mois et ne concernerait que les seuls employeurs de moins de cinquante et un salariés.

Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit là d'une « politique de gribouille ». Les engagements de l'État doivent être tenus, monsieur le ministre, au risque de voir la parole de l'État décrédibilisée !

Sur le fond, les arguments avancés sont bien pauvres et se résument, en fait, à une seule motivation, à savoir la comptabilité à très court terme, à beaucoup trop court terme en regard de la responsabilité de l'État à l'égard de nos concitoyens.

On nous dit que les emplois soutenus dans les organismes d'intérêt général par le dispositif en vigueur sont trop coûteux. Je rappelle qu'il s'agit d'emplois à caractère social et médico-social. Ainsi, 900 embauches ont été réalisées en deux ans dans les hôpitaux ruraux ; 800 salariés ont été employés dans les structures pour personnes âgées ; 500 salariés supplémentaires ont été recrutés dans le domaine des services à domicile et 500 autres dans les structures pour enfants et adultes handicapés.

Le Gouvernement préfère-t-il que les personnes fragiles demeurant en milieu rural soient, dans un premier temps, laissées dans l'isolement puis, dans un second temps, placées ? Est-ce une manière à la fois humaine et économiquement rationnelle d'envisager les choses ?

En l'espèce, il est urgent d'attendre. Le dispositif doit rester en place et être apprécié à l'issue des délais prévus. Le supprimer au détour de l'examen d'un texte consacré au financement de la sécurité sociale revient à appliquer la maîtrise comptable des dépenses de santé au développement rural, ce qui n'a, on en conviendra, aucun rapport. Au contraire, en fin de compte, cela risque d'avoir des conséquences sociales négatives en termes de dépenses.

De plus, cette mesure partielle et incohérente va condamner de nombreux projets en cours de création ou des projets de développement d'établissements qui sont indispensables à la vitalité économique de nos territoires.

M. le président. L'amendement n° 398, présenté par Mme David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

À la fin de cet article, ajouter un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le Gouvernement présente également au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'évaluation des dispositifs prévus au II et au III relativement aux contrats conclus à compter du 1^{er} novembre 2007.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, cet amendement vise à compléter l'article 12. Je tiens cependant à indiquer que les membres de mon groupe soutiennent l'amendement n° 112 dans la mesure où la meilleure solution serait la suppression pure et simple dudit article.

Les articles 15 et 16 de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux instituent un dispositif d'exonération de charges sociales au profit des organismes d'intérêt général tels que définis au paragraphe I de l'article 200 du code général des impôts.

Les bénéficiaires du dispositif en cause sont précisément les fondations ou associations reconnues d'utilité publique, les fondations d'entreprises, les œuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel, ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, les établissements d'enseignement supérieur ou d'enseignement artistique, publics ou privés, à but non lucratif, agréés par le ministre chargé du budget, ainsi que par le ministre chargé de l'enseignement supérieur ou par le ministre chargé de la culture, enfin, des associations culturelles et de bienfaisance.

Dans les départements ruraux et dans les départements de montagne, les mesures d'exonérations de charges sociales dont il s'agit contribuent puissamment à lutter contre la désertification.

Grâce à ce dispositif, relativement récent, comme cela a été rappelé à deux reprises, de nombreuses maisons de retraite et maisons de santé, structures pour handicapés, associations du secteur social assumant une mission de réinsertion ou de formation peuvent poursuivre leur activité. Ce faisant, ces institutions créent, au sein des territoires concernés, du lien social. Eu égard aux chiffres cités par M. Cazeau voilà quelques instants, on peut affirmer que les mesures concernées ont permis la création de nombreux emplois dans ces différents secteurs. À tout le moins, il convient de relever

que le dispositif a eu pour effet de favoriser le maintien des emplois existants. Cet acquis essentiel de la loi précitée doit être préservé et pérennisé.

Le 26 octobre dernier, l'Association nationale des élus de la montagne, l'ANEM, à l'issue de son vingt-troisième congrès, a exprimé, dans une motion, son refus de toute remise en cause des avancées fondamentales pour la montagne que constituent les mesures de la loi relative au développement des territoires ruraux concernant les zones de revitalisation rurale.

Alors que le Gouvernement avait initialement prévu, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'abrogation des articles 15 et 16 de la loi précitée, l'Assemblée nationale a réservé un traitement différent aux contrats de travail conclus avant le 1^{er} novembre 2007 : pour ces contrats, les dispositions des articles 15 et 16 susvisés continuent de s'appliquer jusqu'au terme de leur exécution.

Et l'Assemblée nationale a prévu que le Gouvernement devrait présenter au Parlement avant le 30 juin 2009 un rapport sur l'évaluation du dispositif d'exonération de charges sociales s'appliquant aux contrats en cause.

S'agissant, en revanche, des contrats conclus à compter du 1^{er} novembre 2007, le régime d'exonération des charges sociales introduit par l'Assemblée nationale en première lecture est sensiblement différent : il ne fera pas l'objet d'un bilan, ce qui, selon moi, est fort regrettable. Est désormais applicable le dispositif prévu aux articles L. 322-13 du code du travail et L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale.

L'amendement n° 398 vise donc à faire le bilan de ces dernières mesures, concomitamment à l'évaluation du dispositif applicable au contrat de travail conclu avant le 1^{er} novembre 2007, bilan prévu au paragraphe IV de l'article 12, afin d'apprécier la pertinence et l'utilité de chaque régime considéré, au regard des impératifs de maintien de l'emploi et de soutien aux organismes d'intérêt général au sein des zones de revitalisation rurale.

Lors de nos travaux préparatoires, tant M. le rapporteur que M. le président de la commission m'ont fait savoir qu'ils n'étaient pas forcément opposés à l'établissement d'un tel bilan mais qu'il leur semblerait plus judicieux d'intégrer ce dernier à l'évaluation prévue à la fin de l'article 12. Si cette précision peut donner satisfaction au Gouvernement, je suis tout à fait d'accord pour modifier en ce sens mon amendement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur de la commission des affaires sociales pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie. S'agissant de l'amendement n° 112, un texte de compromis a été trouvé entre le Gouvernement et les députés sur les ZRR et les établissements visés par l'article.

Le Gouvernement s'est aperçu que la disposition, qui résulte d'un amendement adopté en 2005, sur l'initiative de M. Lassalle, par l'Assemblée nationale, contre l'avis du Gouvernement, a suscité un effet d'aubaine non négligeable et s'est révélée relativement coûteuse.

Le dispositif proposé par l'article 12 prévoit donc de revenir au droit commun tel qu'il existait en 1995, étant entendu que les bénéficiaires actuels du système ne seraient pas pénalisés. Le coût budgétaire de la disposition serait ainsi mieux maîtrisé.

La commission des affaires sociales n'a pas jugé utile de revenir sur le texte issu de l'Assemblée nationale. C'est la raison pour laquelle elle émet un avis défavorable sur l'amendement n° 112.

En ce qui concerne l'amendement n° 398, Mme David, à la fin de son intervention, a très bien exposé l'avis de la commission. Celui-ci sera favorable si elle accepte de rectifier son amendement afin qu'un seul rapport, au lieu de deux, soit présenté avant le 30 juin 2009.

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

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, l'amendement n° 112 vise à supprimer l'article 12. Je ne ferai que revenir rapidement sur l'avis exprimé par M. le rapporteur, auquel je souscris totalement.

Il s'agit, par l'amendement n° 112, de supprimer l'article permettant d'encadrer un dispositif voté, en 2005, contre l'avis du Gouvernement. Il y a donc quelque logique à ce que nous souhaitions aujourd'hui revenir dessus.

Les raisons qui nous conduisent à vouloir encadrer ce dispositif tiennent simplement au fait qu'il s'agit d'une mesure très coûteuse, sans limitation de durée et relativement inégalitaire pour ceux qui ne se trouvent pas dans des ZRR.

Je tiens toutefois à préciser, puisqu'un débat a eu lieu sur ce point à l'Assemblée nationale, que nous ne remettons pas en cause les ZRR en elles-mêmes. Il s'agit bien ici de régler le problème posé par un certain nombre d'organismes situés dans les ZRR et bénéficiant de très grosses bonifications qui conduisent à la situation suivante : quel que soit votre salaire, vous bénéficiez, à hauteur de 1,5 SMIC, d'une franchise de cotisations sociales sans limitation de durée.

Cette mesure, vous le comprenez, est très large. Elle est aussi extrêmement coûteuse. En effet, il semble que le dispositif n'ait permis la création que d'un faible nombre d'emplois dans les ZRR, à tel point que, en rapportant la somme engagée au nombre d'emplois créés, on arrive à un coût de 60 000 euros par emploi !

Par conséquent, non seulement la mesure est extraordinairement coûteuse, mais en plus elle ne répond que faiblement à son objectif, qui était de favoriser le développement des activités associatives, établissements de santé et maisons de retraite, qui en sont les premiers bénéficiaires. Ces organismes y ont en fait très peu recouru.

Outre ce constat, il faut noter que ces établissements se sont en quelque sorte « habitués » à la situation créée par la mesure : les économies qu'ils réalisent sur des salariés qu'ils avaient embauchés avant l'entrée en vigueur du dispositif leur ont permis d'engager d'autres dépenses.

Après de longues discussions à l'Assemblée nationale, nous sommes parvenus à un texte équilibré et fondé sur deux aspects. D'un côté, en ce qui concerne les personnes embauchées avant le 1^{er} novembre 2007, les organismes continueront à bénéficier de l'exonération dans les conditions actuellement en vigueur. De l'autre, les salariés engagés après le 1^{er} novembre entrent dans le droit commun des ZRR.

Il s'agit, je crois, d'une manière équilibrée de régler le problème : les intérêts du milieu rural, que nous avons longuement évoqués, sont préservés, et, en même temps, la dépense reste supportable pour les finances publiques de notre nation.

S'agissant de l'amendement n° 398, le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote sur l'amendement n° 112.

M. Jacques Blanc. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, élu d'un département classé dans sa totalité en ZRR, je crois être bien placé pour savoir de quoi il retourne.

Vous me permettrez de vous dire, monsieur le ministre, qu'il n'est pas possible de considérer la mesure en question comme « inégalitaire ». Prenez par exemple les zones franches : là aussi, il y a des situations que l'on pourrait qualifier d'« inégalitaires ».

Dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire, il existe des mesures qui visent non pas à créer des « inégalités », mais à compenser des handicaps. C'est le cas de celle dont il est question ici, et, pour cette raison, je suis fier, comme sans doute beaucoup de mes collègues, de l'avoir fortement soutenue à l'époque où nous l'avions examinée ici même. Il fallait en effet donner une impulsion forte à notre politique de développement rural.

Se contenter d'une analyse qui se focalise exclusivement sur le nombre de créations d'emplois n'est pas de bonne méthode. D'abord, nous avons déjà expliqué que les crédits ouverts pour ces exonérations ne devaient pas être engagés indéfiniment. Ensuite, ce qui est en cause dans cette mesure, ce sont non pas uniquement les créations d'emploi, mais aussi la préservation de certains emplois et des compensations visant à aider des associations, engagées par exemple dans des établissements accueillant des enfants handicapés, à passer des caps difficiles.

Nous étions donc inquiets, monsieur le ministre – je vous l'avais d'ailleurs dit lorsque nous avons découvert la première version de votre texte –, de voir que l'article 12 prévoyait la suppression de ces mesures d'exonérations votées dans le cadre de la loi relative au développement des territoires ruraux de 2005.

Nous sommes donc montés au créneau, en particulier avec l'ANEM. Je voudrais d'ailleurs rappeler à Mme David que c'était contre la première mouture de l'article 12 que l'ANEM s'était mobilisée. Nous avons ensuite pris connaissance du compromis trouvé entre le Gouvernement et l'Assemblée nationale, M. Bur, les députés de la Lozère et bien d'autres députés s'étant mobilisés. Vous avez su, monsieur le ministre, les écouter et entendre leurs arguments.

Incontestablement, le compromis dont résulte le présent article permet de préserver les intérêts de certains départements pour lesquels il aurait été catastrophique que les acquis de la loi relative au développement des territoires ruraux soient rayés d'un trait de plume.

Il a été décidé qu'un bilan objectif serait réalisé en 2009. Il est en effet trop tôt pour procéder aujourd'hui à un tel bilan. C'est d'ailleurs pourquoi je ne peux vous suivre, monsieur le ministre, lorsque vous affirmez que chaque emploi créé a coûté 60 000 euros. Ce n'est tout simplement pas vrai, car, encore une fois, il faut tenir compte des emplois qui ont été sauvegardés grâce au dispositif.

Aujourd'hui, monsieur le ministre, mes chers collègues, il me paraît préférable de voter conforme le texte de compromis adopté par l'Assemblée nationale, afin de ne pas remettre en cause les acquis et de figer momentanément un certain nombre de choses. Puis, en 2009, après une analyse

objective, nous pourrions réexaminer tout cela. Entre-temps, les situations auront été maintenues, et les intérêts d'un certain nombre d'établissements auront été préservés.

M. Bernard Cazeau. Vous croyez vraiment ?

M. Jean-Pierre Godefroy. Vous rêvez !

M. Jacques Blanc. Pourquoi le cacher ? Je connais les risques qu'il y aurait pour nous à ne pas voter conforme cet article. En effet, les défenseurs des territoires ruraux ou des zones de montagne que nous sommes voient rarement leurs idées partagées par une majorité de parlementaires.

Il convient donc d'éviter les dangers que ferait courir un nouvel examen du texte à ce qui nous apparaît comme un acte fort montrant une réelle volonté d'aménagement du territoire, et plus particulièrement de développement rural. Il sera toujours temps en 2009, au vu des éventuelles contraintes financières, de procéder à un examen objectif des choses, en espérant que le développement de ces zones sera alors en bonne voie.

Je demande donc à M. Cazeau, dont je comprends les motivations et dont je partage les analyses, de retirer son amendement car, encore une fois, il serait dangereux pour le développement rural de se lancer dans de nouvelles discussions.

Monsieur le ministre, je vous demande de vous engager à ce que, lors de l'élaboration du bilan qui sera réalisé en 2009, les représentants des parlementaires et de l'association des élus de la montagne soient associés. Ensemble, nous pourrions ainsi faire réellement le point sur une mesure forte qui, je le répète, a donné des résultats extrêmement positifs dans les zones de revitalisation rurale, tout comme avait été positive l'expérience des zones franches.

L'aménagement du territoire passe par des mesures non pas « inégalitaires », mais visant à compenser des handicaps. Et ce n'est certainement pas notre président de séance, Jean-Claude Gaudin, ancien ministre de l'aménagement du territoire, qui me contredira sur ce point ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UC-UDF.*)

M. le président. Merci, monsieur Blanc, de me rappeler un épisode qui est déjà du domaine de l'histoire... (*Sourires.*)

M. Gérard Longuet. Comme c'est bien d'entrer si vite dans l'histoire ! (*Nouveaux sourires.*)

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

M. Éric Woerth, ministre. Monsieur Jacques Blanc, je souscris entièrement à vos propos et vous remercie de considérer que l'amendement présenté par le Gouvernement au terme de nombreuses discussions constitue une avancée positive.

Nous ferons bien sûr le bilan du dispositif. Mais il faut bien que les bilans servent à quelque chose ! S'agissant de cette mesure, nous nous attacherons donc à proposer un bilan objectif qui nous permettra de parvenir à des conclusions qui le seront elles aussi.

Voilà pourquoi je suis défavorable, comme je l'ai déjà dit, à l'amendement n° 398, présenté par Mme David. Nous allons en effet présenter un rapport en 2009 au Parlement. Si vous le souhaitez, monsieur Blanc, nous pourrions bien sûr associer la représentation parlementaire, ainsi que les associations d'élus particulièrement concernées par le sujet, à l'élaboration de ce bilan.

La remise de ce rapport est prévue pour le 30 juin 2009, ce qui aura laissé à la mesure le temps de porter éventuellement ses fruits, ce dont nous pourrions juger.

Je n'ai pas voulu dire que les ZRR étaient en elles-mêmes inégalitaires. J'ai simplement indiqué que, à l'intérieur de ces zones, on observait une inégalité entre, d'un côté, les organismes d'intérêt général et, de l'autre, les petites et moyennes entreprises qui ne bénéficient pas du dispositif. Celui-ci est par principe inégalitaire dans la mesure où il est ciblé, à l'instar de ce qui se passe dans les zones franches urbaines.

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

M. Bernard Cazeau. Je ne retirerai pas l'amendement, car, comme l'a dit M. le ministre, cette mesure avait été votée, à l'époque, contre l'avis du Gouvernement ; aujourd'hui, on n'ose pas la supprimer et, avec la complicité d'un parlementaire du groupe de l'UMP, on élabore un amendement visant à ce que la question soit étudiée ultérieurement. Chacun sait ici ce que cela signifie. Vous n'êtes pas naïf, monsieur Jacques Blanc ! Il faut accepter d'en rester à l'amendement déposé par M. Bur à l'Assemblée nationale.

Je ne me fais aucune illusion sur ce qui se passera en 2009 ! Les choses se feront en deux temps, certes, mais cette mesure sera définitivement supprimée, et l'on en reviendra au droit commun des zones rurales ! Une fois de plus, c'est le milieu rural et le milieu associatif, particulièrement le secteur du handicap, qui en pâtiront.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. J'ai pris bonne note, monsieur le ministre, de votre réponse concernant le rapport que le Gouvernement doit présenter au Parlement, aux termes du paragraphe IV de cet article, sur l'évaluation du dispositif prévu par les articles 15 et 16 de la loi relative au développement des territoires ruraux, « tel qu'il continue à s'appliquer aux contrats mentionnés au I ».

En revanche, aucun bilan des dispositifs cités dans les paragraphes II et III n'est prévu.

Chacun ici connaît la position des membres du groupe communiste républicain et citoyen concernant les exonérations et sait donc qu'ils n'en sont pas de fervents partisans.

Pour autant, par cet amendement, ils demandent au Gouvernement, afin de lever toute ambiguïté, de procéder à un bilan exhaustif des trois dispositifs cités dans cet article afin de déterminer lequel est le plus positif et répond le mieux aux besoins d'aménagement harmonieux des territoires ruraux et des ZRR, qui ont besoin du soutien de l'ensemble de notre pays.

M. Jacques Blanc a fait référence, par comparaison, aux zones franches. Pourquoi ne pas supprimer aussi les exonérations dans ces dernières ?

Hier, nous avons encore voté des exonérations pour certaines entreprises. Pourquoi ne pas les supprimer, au prétexte qu'elles aussi coûtent cher à l'État ?

Bizarrement, ce sont les exonérations concernant des zones bien spécifiques, les zones de revitalisation rurale, qui sont visées. Je trouve cela dommage, d'autant que le bilan prévu ne sera pas exhaustif et ne permettra donc pas de choisir en toute connaissance de cause parmi les dispositifs proposés.

Par ailleurs, au détour de cette discussion, l'Assemblée nationale a modifié de façon non négligeable l'un des articles du code du travail : alors que, auparavant, il fallait, pour pouvoir bénéficier des exonérations, n'avoir procédé à aucun licenciement l'année précédant la conclusion de nouveaux contrats susceptibles de bénéficier desdites exonérations, désormais, seuls les licenciements économiques seront pris en compte. C'est une décision que l'on peut pour le moins regretter. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre Hérisson, pour explication de vote.

M. Pierre Hérisson. Élu d'une zone de montagne, membre de l'Association nationale des élus de la montagne et vice-président de l'Association des maires de France, je souscris complètement à l'argumentation développée par M. Jacques Blanc.

Monsieur le ministre, s'agissant de textes dont l'objet est de répondre à des besoins évidents dans des zones fragiles, qu'il s'agisse de zones de revitalisation rurale ou de secteurs particulièrement sensibles, il est utile qu'un débat ait régulièrement lieu devant le Parlement : en effet, d'une part, la loi n'est pas toujours précédée d'une étude d'impact ou d'une évaluation, et, d'autre part, les changements qui peuvent intervenir dans certains secteurs démontrent que, parfois, nous ne maîtrisons pas la dépense de manière suffisamment correcte.

M. le président. La parole est à M. Jean Boyer, pour explication de vote.

M. Jean Boyer. J'interviendrai d'une manière très synthétique, pour compléter les propos chaleureux, déterminés et judicieux de M. Jacques Blanc.

Monsieur le ministre, la Lozère est un des trois départements français classés en ZRR. Ce classement résulte non pas du hasard, mais du fait que ces territoires remplissent la condition suivante : compter moins de vingt-huit habitants au kilomètre carré dans un arrondissement ou moins de trente et un habitants au kilomètre carré dans un canton.

Vous avez avancé l'idée que la disposition votée en 2005 n'avait pas eu que des conséquences positives. Je vous rétorquerai, tout en ayant conscience des difficultés qu'il y a à équilibrer le budget de la France, que, en l'absence du dispositif des ZRR, l'érosion aurait été très importante. Il faut savoir que le classement en zone de revitalisation rurale a été effectué selon des critères inquiétants.

Monsieur le ministre, c'est en tant qu'agriculteur dans l'une de ces zones de revitalisation rurale, à quelques dizaines de mètres de la Lozère, et élu d'un département dans lequel vingt-quatre cantons sur trente-cinq sont en ZRR, que je puis en appeler à votre objectivité et affirmer que les zones de revitalisation rurale aspirent non pas à un privilège, mais tout simplement à une atténuation des disparités sociales et économiques.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 112.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 398 est-il modifié ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai demandé à Mme David de rectifier son amendement. Si elle ne le modifie pas, la commission ne pourra qu'émettre un avis défavorable. M. le ministre semble considérer que ledit amendement n'a plus de raison d'être, compte tenu des engagements pris par le Gouvernement. Dans ces conditions, Mme David pourrait le retirer.

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

Mme Annie David. Oui, monsieur le président, mais je le rectifie de sorte que soient pris en compte les trois dispositifs cités dans l'article 12. Le paragraphe IV de cet article se lirait ainsi : « Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'évaluation des dispositifs prévus dans le présent article. »

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 398 rectifié, présenté par Mme David et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, qui est ainsi libellé :

Après les mots :
l'évaluation
rédiger comme suit la fin du IV de cet article :
des dispositifs prévus par le présent article

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Favorable.

M. le président. La parole est à M. Jacques Blanc, pour explication de vote.

M. Jacques Blanc. Grâce à la disposition prévue par cet amendement, nous pourrions procéder à de judicieuses comparaisons, ce qui, je l'espère, donnera une dimension supplémentaire à ces mesures d'exonération. Le groupe UMP votera ce texte.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 398 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 12, modifié.

(L'article 12 est adopté.)

Article 13

I. – Les dispositions de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale bénéficient aux personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

II. – Un décret fixe les modalités d'application du I. Il définit notamment la liste des activités éligibles, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe également le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

III. – Le présent article est applicable jusqu'au 31 décembre 2009.

M. le président. L'amendement n° 115 rectifié, présenté par M. Houel, Mme Mélot, MM. P. Blanc, Cornu, Détraigne, Mouly, Pointereau, Darniche et Revet et Mmes Sittler et Desmarescaux, est ainsi libellé :

Dans la deuxième phrase du II de cet article, après les mots :

la liste des activités éligibles,
insérer les mots :
les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné,

La parole est à M. Michel Houel.

M. Michel Houel. L'article 13 vise à expérimenter une nouvelle forme de paracommercialisme au bénéfice de personnes exerçant de petites activités économiques pour leur propre compte mais par l'intermédiaire de structures agréées.

Ce dispositif doit permettre, à terme, l'émergence d'entreprises pérennes. Il est donc essentiel de prévoir une information des compagnies consulaires concernées.

Par ailleurs, la mesure vise explicitement les « petites activités économiques ». Or, certaines d'entre elles doivent répondre à des obligations de qualification prévues par la loi. Il en va ainsi pour les secteurs de l'esthétique et de la coiffure, notamment.

Les organismes consulaires qui ont la maîtrise des droits et obligations des activités relevant de leurs champs de compétences respectifs pourront ainsi exercer un véritable travail de conseil auprès des bénéficiaires de la mesure. Cette intervention assurera également la protection du consommateur ou du client.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission souhaite entendre le Gouvernement.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Favorable.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 115 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 13, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

À la fin du III de cet article, remplacer l'année :
2009
par l'année :
2010

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement tend à fixer à trois ans la durée d'expérimentation, qui, de cinq ans dans le projet de loi initial, a été ramenée à deux ans par l'Assemblée nationale. En effet, compte tenu des délais nécessaires pour mettre en place les conditions d'entrée en vigueur de cette mesure, deux ans risquent de ne pas suffire.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 13.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 13, modifié.

(L'article 13 est adopté.)

Article 13 bis

I. – Dans la première phrase du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « établissements publics administratifs », sont insérés les mots : « d'une

autorité publique indépendante, dotée de la personnalité morale ».

II. – Les personnes qui réalisent, à titre occasionnel, les contrôles visés à l'article L. 232-11 du code du sport, ou qui participent aux travaux du comité de médecins visé au deuxième alinéa de l'article L. 232-2 du même code, entrent dans la catégorie des personnes visées au 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

M. le président. L'amendement n° 14, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer le II de cet article.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. La disposition figurant au II de cet article est d'ordre réglementaire et n'a donc pas sa place dans une loi. Il serait néanmoins souhaitable que le Gouvernement fasse connaître au Parlement ses intentions quant à la publication de ce décret. Cela permettrait notamment de rassurer les députés, qui avaient pris l'initiative sur ce point.

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

M. Éric Woerth, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 14.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 13 *bis*, modifié.

(L'article 13 bis est adopté.)

Article 14

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le I de l'article L. 131-4-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales » ;

2° La seconde phrase du 2° de l'article L. 161-1-2 est supprimée ;

3° La sous-section 5 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est abrogée ;

3° *bis* À la fin de l'article L. 161-27, la référence : « L. 161-24 » est remplacée par la référence : « L. 161-23-1 » ;

4° L'article L. 241-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. » ;

5° L'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa des I et III et dans le II, les mots : « totalement » et « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

b) Dans le II, après le mot : « cotisations », est inséré le mot : « patronales » ;

c) Dans la première phrase du III *bis*, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

6° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « , d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et d'allocations familiales » ;

7° L'article L. 752-3-1 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « législation de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;

b) Dans le premier alinéa du I et dans les II et III, après les mots : « des cotisations patronales », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ».

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 322-4-7, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

1° *bis* Dans le I de l'article L. 322-13, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales » ;

2° Dans le 2° du I de l'article L. 832-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

III. – Le code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est ainsi modifié :

1° Dans le 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 5522-18, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

IV. – Le code rural est ainsi modifié :

1° A Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-1, les références : « les articles L. 741-4-1 et L. 751-17-1 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-1 » ;

1° B Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-2, les références : « les articles L. 741-4-2 et L. 751-17-2 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-2 » ;

1° Dans le premier alinéa du I et le IV de l'article L. 741-27, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans l'article L. 751-17, les références : « des articles L. 241-12, L. 241-13 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 241-13 » ;

3° Les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 sont abrogés.

V. – Dans le premier alinéa du I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, le I de l'article 15 et l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux et le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés.

VI. – Dans le I de l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), les mots : « , des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

VII. – Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, sur l'article.

Mme Annie David. L'article 14 du projet de loi entend supprimer les exonérations totales ou partielles des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les AT-MP.

Cette mesure devrait nous satisfaire.

Or, tel n'est pas le cas, car il ne s'agit que d'une suppression partielle. Il y aura donc un gain de 180 millions d'euros pour la branche AT-MP et de 120 millions d'euros pour l'État. Mais d'autres recettes auraient pu être trouvées pour ces deux « caisses », si vous me permettez l'expression.

D'ailleurs, M. Vasselle le souligne dans son rapport : « L'examen de cet article rappelle à quel point les exonérations ciblées de cotisations sont nombreuses et variées. »

Pour le coup, je me rallie à son avis lorsqu'il précise ceci : « Un examen périodique de leur efficacité s'impose pour éviter que leur multiplication n'altère le financement de la sécurité sociale sans effet tangible sur les buts d'intérêts général qu'elles poursuivent. »

J'en reviens au taux de cotisation, dont le niveau se justifie, vous le savez, par le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles survenus dans les entreprises. Pratiquer une exonération, non seulement dans les cas prévus à l'article 14, mais aussi dans bien d'autres cas, puisque la suppression n'est que partielle, cela revient, au final, à minorer la responsabilité de l'employeur dans la survenance des accidents du travail. C'est illogique et, quelque part aussi, immoral.

Monsieur le ministre, vous comprendrez donc que cet article, du fait de son caractère partiel, ne suscite au sein du groupe communiste républicain et citoyen qu'un engouement modéré.

Notre discussion d'aujourd'hui est d'ailleurs à replacer dans un contexte très particulier.

Plusieurs journaux se sont fait l'écho de plaintes engagées par de nombreux salariés contre un certain nombre de médecins du travail, soupçonnés d'avoir, sous la pression des employeurs, minoré les risques sanitaires.

Au même moment, le MEDEF, déjà inquiet par la justice pour le scandale de la caisse noire de l'UIMM, est aujourd'hui suspecté d'avoir utilisé à son profit des fonds destinés à la médecine du travail.

Monsieur le ministre, je regrette à cet égard que le Gouvernement, si prompt à dénoncer la fraude et à en organiser la chasse en toutes circonstances, ne se propose pas d'agir sur ce sujet.

M. Guy Fischer. Et soit étrangement silencieux !

Mme Annie David. Pis, en autorisant les médecins pratiquant la contre-visite à notifier à la sécurité sociale un avis sur le paiement des indemnités journalières du salarié malade, vous accroissez le doute là où la clarté aurait pourtant été bien nécessaire.

Je souhaiterais enfin dire quelques mots sur la situation financière de la branche AT-MP, car je ne partage pas votre analyse. Vous présentez cette branche en équilibre pour 2008. Or, comment pourrait-elle passer d'une situation en 2007 à une situation d'excédents l'année prochaine ?

Ce ne sont pas vos maigres suppressions d'exonérations qui peuvent l'expliquer. C'est ailleurs qu'il faut chercher, du côté de la branche maladie, car, dans les faits, c'est elle qui prend en charge ce que vous souhaitez voir disparaître de la branche AT-MP.

Je redoute d'ailleurs que, après l'adoption de cet article, n'apparaisse une mesure visant à diminuer le taux de cotisation et ayant pour seul objectif de réduire encore les coûts du travail, dans le but, bien sûr, de satisfaire le MEDEF. Je devine par avance votre argumentaire : si la branche est excédentaire, c'est parce que les cotisations sociales sont trop lourdes. Sous-entendu : diminuons-les ! Monsieur le ministre, vous pouvez être assuré qu'un tel tour de passe-passe rencontrerait notre plus grande opposition.

Nous nous abstiendrons donc sur cet article et ne manquerons pas de vous présenter différents amendements, afin de modifier les règles en matière de cotisations AT-MP et d'asseoir ces dernières de manière plus durable.

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

L'amendement n° 288, présenté par MM. Billout et Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

L'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les cotisations à la charge de l'employeur au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles qui sont assises sur les gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1, versées au cours d'un mois civil aux salariés, ne peuvent faire l'objet d'une exonération. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Il est défendu.

M. le président. L'amendement n° 175 rectifié *bis*, présenté par MM. Seillier, Mouly, Mortemousque et Gournac, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du 4° du I de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ne sont pas concernées les cotisations portant sur les contrats de professionnalisation conclus par les groupes d'employeurs, régis par les articles L. 127-1 et suivants, qui organisent des parcours d'insertion et de qualification au profit, soit de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans révolus, sortis du système scolaire sans qualification ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi, soit de demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus...

La parole est à M. Bernard Seillier.

M. Bernard Seillier. Je n'ai pas l'intention, par cet amendement, de contester le bien-fondé de la politique de suppression des exonérations des cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Je souhaite simplement attirer l'attention sur le fait que cette suppression brutale pourrait avoir un effet tout à fait critiquable sur le fonctionnement des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification, les GEIQ.

Je le rappelle, ces entités regroupent des entreprises du secteur concurrentiel, travaillant le plus souvent dans le bâtiment ou les transports. Elles appartiennent à des

branches qui sont généralement soumises à des taux de cotisations relativement importants en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

L'utilité de tels groupements est incontestable, et cette question est tout à fait d'actualité. Je participerai d'ailleurs moi-même, samedi 24 novembre, à l'occasion du lancement du « Grenelle de l'insertion » à Grenoble, à un débat intitulé *L'entreprise classique doit-elle évoluer pour mieux insérer ?* Nous sommes donc au cœur de ce débat.

Les groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification sont constitués d'entreprises classiques, qui font un effort supplémentaire pour insérer soit des jeunes, soit des personnes rencontrant des difficultés pour trouver un emploi. Elles bénéficient à ce titre d'une subvention de l'État de l'ordre de 300 à 400 euros par poste, alors que les exonérations des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles leur procurent un avantage compris entre 1 000 et 2 000 euros par poste.

À l'évidence, eu égard à la politique souhaitée de suppression de ces exonérations, il serait préférable de trouver une autre solution que celle que nous proposons, notamment par le biais d'une subvention directe. Toutefois, en l'état, il est urgent de ne pas mettre en œuvre la mesure prévue pour les groupements concernés, car cela équivaldrait à leur enlever toute possibilité d'exister, alors même qu'ils sont actuellement près d'un millier en France. En outre, non seulement ils s'avèrent très utiles pour gérer les situations immédiates, mais ils sont également des précurseurs et préfigurent ce que doit être le rôle de toute entreprise pour favoriser l'insertion et la qualification.

C'est pourquoi je propose cet amendement d'harmonisation, qui vise à inscrire dans le code de la sécurité sociale une disposition déjà adoptée à l'Assemblée nationale dans le projet de loi de finances pour 2008, sur l'initiative du Gouvernement, mais pour le seul code du travail. Or, au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, nos collègues députés n'ont pas attiré l'attention du Gouvernement sur la nécessité d'inscrire également cette disposition dans le code de la sécurité sociale.

Je précise enfin que l'amendement a été rectifié, afin de bien cibler la mesure et d'éviter ainsi tout risque de quiproquo.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Madame David, l'amendement n° 288 est satisfait. Vous ne vous êtes exprimée que pour le seul plaisir de prendre la parole ! (*Protestations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

Mme Annie David. Je n'ai même pas repris la parole pour défendre l'amendement !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Vous essayez de démontrer que vous « lavez plus blanc que blanc » et que vous êtes les seuls à vous préoccuper des accidents du travail et des maladies professionnelles, comme si nous-mêmes ne nous en soucions guère !

Le Gouvernement a devancé et satisfait votre demande. Cet amendement n'apporte strictement rien, il est inutile. Je vous demande donc de bien vouloir le retirer. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

M. Guy Fischer. Comme M. Arthuis, vous voulez nous retirer le droit d'amendement !

Mme Annie David. Et le droit de prendre la parole !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais non ! Vous avez parfaitement le droit de déposer des amendements. Mais encore faut-il qu'ils aient une utilité ! À partir du moment où votre proposition est satisfaite par le texte, je ne vois pas l'intérêt de déposer un amendement, si ce n'est pour allonger les débats ! (*Protestations sur les travées du groupe CRC et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Si vous commencez ainsi, on n'a pas fini !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Par ailleurs, l'amendement n° 175 rectifié *bis* est, à mon sens, tout à fait pertinent.

Mme Raymonde Le Texier. Tiens donc !

Mme Annie David. Évidemment...

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai en effet toujours été demandeur de l'inscription « en miroir », dans la loi de financement de la sécurité sociale, de toutes les décisions prises en loi de finances. Cela étant, nous souhaitons maintenir une exception au dispositif tel qu'il vient d'être adopté par l'Assemblée nationale.

Pourquoi alors ne pas imaginer une autre forme d'aide en faveur des groupements d'employeurs, plutôt que de passer par la loi de financement de la sécurité sociale ? En tout état de cause, dans la mesure où la compensation est prévue et grèvera le budget de l'État, ne serait-il pas préférable de prévoir une « tuyauterie » vers ces groupements branchée directement sur le budget de l'État ? Le fait de passer par la loi de financement de la sécurité sociale nous contraint en effet à multiplier les amendements et à compliquer les codes et autres textes.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est vrai !

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission avait décidé de s'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement. À titre personnel, j'émetts un avis favorable, car il s'agit d'un amendement de clarification.

C'est en même temps une occasion d'interpeller le Gouvernement, afin qu'il s'interroge sur la pertinence de tous ces dispositifs très compliqués. En d'autres termes, pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Eh oui !

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

M. Bernard Cazeau. C'est sûrement le même que celui de la commission !

M. Éric Woerth, ministre. Madame David, l'amendement n° 288 est effectivement satisfait, et il n'y a donc pas de raisons particulières de le maintenir. Je tiens toutefois à répondre à vos allégations quant à un prétendu danger pesant sur le financement des services de santé, car je ne peux tout de même pas les laisser passer.

Mon collègue Xavier Bertrand, qui aurait aimé être avec nous cet après-midi, est retenu, comme vous le savez, par d'autres discussions. Sur le sujet que vous évoquez, il a néanmoins réagi très rapidement, le 7 novembre dernier, en demandant à ses services de faire un état des lieux de la situation.

Est-il d'ailleurs nécessaire de vous rappeler que les services de santé sont des associations gérées par les employeurs, sous leur responsabilité ? Nous verrons ce que donnera cet état des lieux. Dans l'immédiat, je vous en prie, ne portez pas d'accusations rapides et gratuites !

Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement n° 288. À défaut, j'y serai défavorable.

Monsieur Seillier, l'amendement n° 175 rectifié *bis* est lui aussi satisfait par l'adoption à l'Assemblée nationale de l'article 53 du projet de loi de finances pour 2008, qui a prévu cette exonération spécifique au profit des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification. Le champ d'application est très limité puisque seuls 2 000 organismes sont concernés. Je m'interroge donc sur la nécessité d'inscrire également cette exception au principe dans le code de la sécurité sociale.

Je vous invite par conséquent à retirer cet amendement, faute de quoi je m'en remettrai à la sagesse du Sénat sur celui-ci.

M. le président. Madame David, l'amendement n° 288 est-il maintenu ?

Mme Annie David. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 288.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Monsieur Seillier, l'amendement n° 175 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Bernard Seillier. Monsieur le président, j'ai bien entendu les propos de M. le ministre. Ce qui m'ennuie, c'est que l'article 14 codifie la suppression des exonérations concernées dans le code de la sécurité sociale. Certes, je le sais bien, l'exception que je propose serait limitée à 2 000 entreprises au maximum.

Pour autant, je ne voudrais pas qu'un fonctionnaire trop zélé puisse opposer à un groupement d'employeurs, dans un département, la réalité de l'article 14, qui sera donc codifié dans le code de la sécurité sociale, pour lui ôter à ce titre le bénéfice d'une telle exonération.

Je préfère donc retenir l'avis de sagesse émis par le Gouvernement et la commission, et maintenir cet amendement. Il sera toujours possible ultérieurement de consulter un certain nombre d'experts pour mettre en place une coordination différente en la matière.

Les arguments avancés par M. le ministre sont exacts, car la disposition votée sera bien insérée dans le code du travail. Néanmoins, une fois cet article 14 voté, il sera écrit dans le code de la sécurité sociale que plus aucune exonération de ce type n'est accordée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 175 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 14, modifié.

(L'article 14 est adopté.)

Articles additionnels après l'article 14

M. le président. L'amendement n° 290, présenté par Mme David, MM. Fischer et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un

travailleur indépendant, sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant, des dispositions de l'article L. 230-2 du code du travail.

Lorsque des infractions répétées aux règles d'hygiène et de sécurité sont constatées par procès-verbal, dans les conditions déterminées à l'article L. 611-10 du code du travail, l'organisme de recouvrement procède à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées à l'alinéa précédent. L'employeur est alors tenu de rembourser le montant des réductions ou exonérations consenties durant la période où a été constatée et poursuivie l'infraction.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Monsieur le président, si vous me le permettez, je souhaiterais défendre en même temps les amendements n°s 290 et 291.

M. le président. J'appelle donc en discussion l'amendement n° 291, présenté par Mme David, MM. Fischer et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, et ainsi libellé :

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 422-4 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« ... » imposition d'une cotisation supplémentaire en raison d'un nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles supérieur à la moyenne nationale des entreprises de la branche d'activité ;

« ... » imposition d'une cotisation supplémentaire sanctionnant les pratiques systématiques de non déclaration et de non imputation au compte de l'employeur des maladies professionnelles. »

Vous avez la parole pour défendre ces deux amendements, madame David.

Mme Annie David. Ces deux amendements visent à modifier de manière très importante la législation relative aux cotisations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Je le rappelle, l'application de ce dispositif équivaut à une sanction financière à la charge de l'employeur, lorsque, dans une entreprise, survient une multitude d'accidents du travail ou que se développent un certain nombre de maladies professionnelles, conséquences de l'exposition du salarié à un ou plusieurs facteurs de risques.

Au-delà de la simple sanction, l'objectif de ces cotisations est double.

Il y a, d'une part, la volonté de faire contribuer l'employeur à la prise en charge des frais de santé de son salarié.

Mais il y a également, d'autre part, un objectif résolument préventif, puisque, comme nous en avons fait le constat, la seule manière d'inciter l'employeur à prendre des mesures visant à réduire les risques est d'ordre financier. C'est cela que nous entendons renforcer.

L'amendement n° 290 a pour objet de conditionner le bénéfice des exonérations de cotisations sociales au strict respect des dispositions prévues par le code de la sécurité sociale. Il est en effet insupportable que certaines entreprises bénéficient de telles exonérations, alors même que les représentants de leurs salariés au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le CHSCT, ont fait

part de l'existence de risques très importants et de violation continue des règles d'hygiène et de sécurité dans ces mêmes entreprises.

Il serait bon de poser une fois pour toutes un principe clair et vérifiable par tous, selon lequel la sécurité sociale et l'ensemble des partenaires sociaux doivent disposer d'un réel pouvoir de contrôle. C'est d'ailleurs ce que prévoit la proposition de loi, déposée par Michelle Demessine et l'ensemble du groupe CRC, visant à améliorer la santé au travail des salariés et à prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés.

Pour nous, comme pour de nombreux salariés, mais aussi, j'en suis persuadée, pour vous, mes chers collègues, seules les entreprises qui respectent la loi devraient pouvoir bénéficier des exonérations de cotisations. Les caisses ou les organismes concernés auraient alors la possibilité d'engager une forme d'action récursoire à l'encontre des entreprises qui verraient le signalement de leurs accidents du travail déclarés par procès-verbal croître de manière importante.

L'amendement n° 291 vise, quant à lui, à pousser plus loin la politique de responsabilisation des employeurs, en renforçant leurs obligations en matière de contrôle et de sécurité.

Nous vous proposons de faire coïncider davantage le montant de la cotisation AT-MP avec la situation de l'entreprise, en créant un mécanisme de pondération. Seraient alors augmentées les cotisations des entreprises qui minorent ou dissimulent leurs déclarations d'accidents du travail, ou de celles qui exposent leurs salariés à de trop grands risques et sont par conséquent à l'origine d'un nombre important d'accidents. De telles entreprises, nous en découvrons, malheureusement, chaque jour.

J'ai conscience du fait que toutes les entreprises n'ont pas recours à la fraude. Mais, tout comme vous, mes chers collègues, je m'attache à traquer les fraudeurs et les entreprises fraudeuses. Au final, une telle disposition devrait satisfaire une grande partie des entreprises, celles qui sont vertueuses ou, tout au moins, responsables, c'est-à-dire celles qui ne fraudent pas : en effet, elles ne seraient pas sanctionnées financièrement « à l'aveugle », et leurs efforts seraient pris en compte.

Cette mesure très fortement incitative rapporterait, en outre, des ressources supplémentaires à notre régime de protection sociale auquel, vous le savez, nous sommes particulièrement attachés.

Pour être franche, mes chers collègues, je ne peux envisager que vous rejetiez ces amendements, fondés sur un principe équivalent au principe pollueur-payeur qui existe en matière environnementale. J'ajoute que cette mesure est attendue par un grand nombre de salariés.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je prie tout d'abord Mme David et M. Fischer de bien vouloir m'excuser de m'être quelque peu emporté tout à l'heure.

La commission des affaires sociales comprend l'objet de l'amendement n° 290. Les entreprises doivent, en effet, être particulièrement vigilantes en matière d'hygiène et de sécurité.

S'agissant de la création d'une condition supplémentaire pour l'attribution d'exonérations de charges aux entreprises, la commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

Cette mesure ne doit pas avoir, à mon sens, un caractère exclusif. Le lien entre les exonérations de charges et la politique salariale conduite dans l'entreprise doit subsister. Si, par hypothèse, votre proposition retenait l'attention du Gouvernement, il me semblerait important de prendre ce lien en considération.

La proposition contenue dans l'amendement n° 291 a fait l'objet d'une concertation entre partenaires sociaux, mais nous ne connaissons pas encore les résultats de l'étude d'impact menée sur ce sujet. Le Sénat ayant la réputation de faire preuve de sagesse, et les sénateurs du groupe CRC n'étant pas moins sages que les autres membres de cette assemblée, il serait préférable que les auteurs de cet amendement acceptent de le retirer, en attendant la publication de ces résultats.

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

M. Éric Woerth, ministre. Il est défavorable sur l'amendement n° 290, des sanctions financières ou pénales étant d'ores et déjà prévues dans le code du travail dans le cas de situations dangereuses résultant du non-respect par l'employeur des principes généraux de prévention, ou des règles d'hygiène et de sécurité.

Il est important que subsiste un lien entre la condition et l'objectif de l'exonération. Seule l'exonération des cotisations AT-MP pourrait justifier qu'on la conditionne à l'obligation par l'employeur du respect des principes généraux de prévention. Le Gouvernement propose, par ailleurs, dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, de supprimer toute exonération de cotisation AT-MP.

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est juste !

M. le président. Madame David, les amendements n°s 290 et 291 sont-ils maintenus ?

Mme Annie David. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit pas la suppression de toutes les exonérations de cotisations AT-MP.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, et M. Alain Vasselle, rapporteur. Si !

Mme Annie David. Regrettant l'avis défavorable du Gouvernement, je maintiens l'amendement n° 290.

S'agissant de l'amendement n° 291, j'ai bien entendu les arguments de M. le rapporteur. En attendant de connaître les résultats de l'étude d'impact en cours, j'accepte donc de retirer ce texte.

Je tiens à dire, monsieur le président, que le groupe CRC, qui assiste à l'ensemble des débats, a le droit de défendre les idées auxquelles il croit. Sauf à être en dictature, les parlementaires de ce groupe ont le droit, tout autant que les autres, de s'exprimer, lorsqu'ils le font de manière correcte !

M. le président. L'amendement n° 291 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 290.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 292, présenté par Mme David, MM. Fischer et Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 14, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 242-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Selon des modalités fixées par décret, la caisse régionale impose une cotisation supplémentaire à tout employeur contestant systématiquement le caractère professionnel d'une maladie ou contournant de façon délibérée la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles afin de ne pas se voir imputer le coût de celles-ci. »

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Cet amendement se situe dans la droite ligne des amendements que je viens de défendre. Il s'agit en effet d'un ensemble cohérent de propositions articulées autour d'une même idée : inciter les entreprises à procéder à une véritable mutation. Mais le sort réservé aux deux amendements précédents ne me laisse pas beaucoup d'espoir !

Il existe certaines entreprises, sans doute une minorité, où il ne fait pas bon être victime d'un accident du travail ou atteint d'une maladie professionnelle ; parfois en connivence avec la médecine du travail, elles minorent en effet ces maladies et dissimulent ces accidents.

La taille des entreprises n'y change rien. Ainsi, un rapport de l'Inspection du travail de 2007 concernant l'usine Renault de Cléon, en Seine-Maritime, dénonce en ces termes un scandaleux maquillage : « il existe au sein de votre établissement un système organisé de pressions visant à ce que les salariés victimes d'accident du travail, auxquels un arrêt de travail a été prescrit, renoncent à prendre tout ou partie de l'arrêt de travail ».

La question des accidents du travail n'est pas sans importance. D'après les statistiques pour 2006 fournies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, la branche accidents du travail et maladies professionnelles de cette caisse a indemnisé 1,4 million d'accidents du travail, dont près de 700 000 ont donné lieu à un arrêt de travail. Or certains employeurs n'ont de cesse, malgré les précédentes condamnations rendues sur des fondements identiques et les avis rendus par les inspecteurs du travail, de nier le caractère professionnel de ces arrêts.

Cet amendement vise à corriger cette situation en sanctionnant *a posteriori* les entreprises qui agissent ainsi.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il est tout de même surprenant de vouloir sanctionner un employeur au motif qu'il exerce de manière systématique son droit à ester en justice !

Le code du travail prévoit d'ores et déjà des dispositions permettant de sanctionner les entreprises coupables d'abus de procédure. Cet amendement n'est donc pas pertinent, et l'avis de la commission est défavorable.

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

M. Éric Woerth, ministre. Même avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 292.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 15

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 4° de l'article L. 651-1, les mots : « , dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts » sont supprimés ;

2° Le même article L. 651-1 est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil, du 22 juillet 2003, relatif au statut de la société coopérative européenne. » ;

3° Dans le troisième alinéa de l'article L. 651-3, les références : « 5° et 10° » sont remplacées par les références : « 5°, 10° et 11° ».

M. le président. L'amendement n° 116 rectifié, présenté par M. Houel, Mme Mélot et MM. Darniche, Revet, P. Blanc, Cornu, Détraigne, Mouly et Pointereau, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa (1°) de cet article, remplacer le mot :

supprimés

par les mots :

remplacés par les mots : « dans les limites de leur activité concurrentielle »

La parole est à M. Michel Houel.

M. Michel Houel. L'article 15 du projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à redonner toute sa portée à la volonté du législateur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 de rendre imposable à la contribution sociale de solidarité des sociétés, la C3S, la totalité de l'activité concurrentielle des organismes publics, à l'instar des entreprises privées.

Cependant, tel qu'il est rédigé, cet article soumet à la C3S non seulement l'activité concurrentielle des personnes morales de droit public, mais aussi leur activité ne relevant que partiellement du domaine concurrentiel.

L'amendement n° 116 rectifié a donc pour objet de mettre la modification du texte en harmonie avec l'exposé des motifs, en limitant le champ d'application de la C3S à l'activité strictement concurrentielle des organismes publics.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cette précision nous semble utile. Mais, avant de donner éventuellement un avis favorable, la commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

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

M. Éric Woerth, ministre. Il est favorable. Cet amendement tend, en effet, à redonner toute sa portée à la volonté du législateur, en rendant imposable à la C3S les entreprises ou organismes publics, uniquement pour leur activité concurrentielle. Dans ce cadre, les personnes morales de droit public seront soumises à la C3S lorsqu'elles déclarent un chiffre d'affaire à l'administration fiscale pour l'établissement de la TVA ou lorsqu'elles possèdent des produits d'exploitation relatifs au commerce des valeurs et de l'argent.

La rédaction actuelle du texte se suffit probablement à elle-même. Cependant, pour ne pas faire naître d'inquiétude et par souci de clarification, le Gouvernement est favorable à la précision apportée.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 116 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15, modifié.

(L'article 15 est adopté.)

Article additionnel après l'article 15

M. le président. L'amendement n° 195, présenté par M. Jean-Léonce Dupont, Mme Dini, MM. Vanlerenberghe, Mercier et les membres du groupe Union centriste-UDF, est ainsi libellé :

Après l'article 15, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le quatrième alinéa (3°) de l'article L. 651-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

« et pour les opérations réalisées dans le cadre d'une concession d'aménagement visée à l'article L. 300-4 du code de l'urbanisme ».

II. – Les pertes de recettes éventuelles résultant du I ci-dessus sont compensées par le relèvement à due concurrence du taux des contributions sociales visées aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Jean Boyer.

M. Jean Boyer. Le présent amendement tend à un aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés afin que les sociétés d'économie mixte soient exonérées de cette contribution, au même titre que les organismes d'HLM, pour les opérations d'aménagement réalisées dans le cadre d'une concession visée à l'article L. 300-4 du code de l'urbanisme.

En effet, une harmonisation du régime fiscal des sociétés d'économie mixte et des organismes d'HLM a été réalisée au titre de l'impôt sur les sociétés.

Or, en vertu de l'article L. 651-2 du code de la sécurité sociale, les sociétés d'habitation à loyer modéré sont exonérées de la contribution sociale de solidarité. Les organismes d'HLM peuvent, dans les mêmes conditions que les sociétés d'économie mixte, se voir confier des opérations d'aménagement dans le cadre d'une concession publique. Dans un souci d'équité et d'harmonisation, s'agissant d'opérations qui font l'objet d'une mise en concurrence par les collectivités locales, il convient que les sociétés d'économie mixte bénéficient, au même titre que les organismes d'HLM, d'une exonération de contribution sociale de solidarité pour les opérations réalisées dans le cadre d'une concession d'aménagement.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission souhaite connaître l'avis du Gouvernement.

Cet amendement doit nous inciter à nous poser, avec le Gouvernement, la question de la pertinence des mesures d'exonération qui pourraient viser la C3S.

La C3S, qui n'est pas une cotisation sociale assise sur les salaires, constitue tout de même une ressource alimentant le budget de la sécurité sociale. Or, aujourd'hui, toutes les mesures d'exonération qui ont été prises, notamment au travers de la loi Fillon, sont compensées grâce au panier fiscal, à la différence des autres mesures d'exonération dont l'assiette n'est pas assise sur les salaires et qui ne sont pas du tout compensées. Ces « niches sociales » entrent dans le calcul global des 30 ou 35 milliards d'euros.

Si nous voulons que notre démarche en matière de financement de la sécurité sociale soit cohérente, il nous faudra bien, un jour, tout mettre à plat et « balayer » les ressources qui alimentent ce budget, même si les destinataires concernés ne sont pas les mêmes.

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

M. Éric Woerth, ministre. Le Gouvernement estime qu'il serait judicieux de retirer cet amendement.

Il ne souhaite en effet pas créer de « niche » supplémentaire au regard de la C3S, qui rapporte près de 3 milliards d'euros et constitue donc une ressource importante.

Je vois cependant dans cet amendement une incitation à engager une réflexion sur la C3S elle-même, ce qui me paraît effectivement nécessaire, car cette contribution ancienne, assise sur le chiffre d'affaires et « en cascade », soulève des difficultés dans un certain nombre de secteurs d'activité. Mais, plutôt que de la modifier par touches successives, comme on sait le faire, en créant des « niches » ici et là, je privilégierai une approche d'ensemble.

Je prends donc l'engagement de créer un groupe de travail dédié à la C3S qui sera chargé, sur la base d'une réflexion économique globale, de proposer des pistes opérationnelles pour la moderniser, évidemment tout en préservant d'une façon ou d'une autre la ressource correspondante.

M. le président. Monsieur Boyer, l'amendement est-il maintenu ?

M. Jean Boyer. Je le retire puisqu'il s'agit d'un « non, mais... » et que M. le ministre ouvre la perspective d'une réflexion sur la C3S.

M. le président. L'amendement n° 195 est retiré.

Article 16

I. – L'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. »

II. – *Supprimé.*

III. – 1. L'article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7. »

2. L'article L. 722-24-1 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

IV. – L'article L. 129-13 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 de la sécurité sociale. »

V. – Supprimé.

VI. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2007.

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 15 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 113 est présenté par MM. Cazeau et Godefroy, Mme Le Texier, Demontès, Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger et Alquier, M. Domeizel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 294 est présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur, pour défendre l'amendement n° 15.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Personne ne s'étonnera que la commission des affaires sociales, qui s'est toujours opposée à l'absence de compensation des exonérations, présente un amendement de suppression de l'article 16.

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a prévu que le Gouvernement serait tenu, lorsqu'il ne compenserait pas une exonération, de le faire apparaître en loi de financement de la sécurité sociale. C'est ce que le Gouvernement fait dans cet article, et il respecte donc tant le droit que la volonté du législateur organique.

Cela étant dit, il semblerait – et nous allons entendre M. le ministre sur ce point – que l'article 16 soulève un problème de droit lié au statut des rémunérations visées.

Selon le code de la sécurité sociale, toute rémunération faisant l'objet d'une exonération et dont la compensation n'est pas réalisée doit apparaître en loi de financement de la sécurité sociale. Cependant, il est aujourd'hui considéré que les stock-options – et nous l'avons vu au moment du débat sur ces dernières –, l'intéressement, les actions gratuites sont des « niches » sociales qui ne peuvent être assimilées à une rémunération et ne doivent donc pas faire l'objet d'une compensation. Dès lors, elles ne devraient pas davantage apparaître dans la loi de financement de la sécurité sociale. Or, au regard du code de la sécurité sociale et de la loi organique, elles doivent apparaître dans celle-ci !

Si nous voulons rester cohérents et éviter d'avoir chaque année des débats sur l'absence de compensation, il nous faut donc, monsieur le ministre, « toiletter » le code et la loi organique.

Aujourd'hui, les exonérations ou réductions non compensées se chiffrent tout de même – « à la louche », le ministre ayant des difficultés à évaluer précisément les pertes de recettes correspondantes – à 200 millions ou 250 millions d'euros. Ce n'est pas rien,...

M. Guy Fischer. Ça non !

M. Alain Vasselle, rapporteur. ... et les centaines de millions d'euros qui s'ajoutent les uns aux autres vont finir par faire des milliards !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Christiane Demontès, pour présenter l'amendement n° 113.

Mme Christiane Demontès. M. le rapporteur vient de dire à quel point l'article 16 était en contradiction totale avec, d'une part, le principe de compensation intégrale fixé par le code de la sécurité sociale et, d'autre part, avec les objectifs d'économie que l'on nous assène à tout propos – et hors de propos – depuis le début de cette discussion.

Au prétexte d'une trop grande complexité ou au motif que les rémunérations concernées n'ont pas vraiment le caractère de salaires, le Gouvernement proposait, dans le texte initial, la non-compensation de cinq mesures d'exonération.

Cette non-compensation concernait des exonérations portant sur des domaines aussi divers que l'arbitrage sportif ou les services à la personne, les attributions gratuites d'actions et les suppléments d'intéressement et de participation.

Le total s'élevait à 235 millions d'euros restant indûment à la charge de la sécurité sociale, sans compter la perte sur l'intéressement.

L'Assemblée nationale a judicieusement supprimé deux de ces non-compensations, à savoir celles qui concernaient les attributions d'actions et l'intéressement, ainsi que le supplément de réserve de participation, et il s'agissait en effet des plus choquantes ; mais le principe de compensation, qui a été voulu par l'ensemble du Parlement, ne doit pas souffrir d'exception.

Il est d'autant plus important de rappeler ce principe alors que l'État nous dit s'engager – il est vrai que ce n'est qu'un engagement verbal – à rembourser une partie de sa dette à la sécurité sociale, soit un arriéré de plus de 5 milliards d'euros, dont les quatre cinquièmes sont déjà dus au titre de la compensation d'exonérations.

C'est dire à quel point le principe de compensation est « empoisonnant » pour un ministre du budget ! La tentation est grande de rembourser le plus tard possible, et, subrepticement, de « gratter » quelques millions d'euros dans les lois de financement de la sécurité sociale, qui sont désormais les seules à pouvoir être utilisées pour créer ou modifier des exonérations non compensées.

C'est utiliser les lois de financement à des fins détournées de leur véritable objet. Il est donc juste que le Parlement sanctionne *a priori* cette démarche.

Adopter l'article 16 serait aussi, je le répète, faire preuve d'incohérence au regard des finances de la sécurité sociale. Nous demandons donc la suppression de cet article.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 294.

M. Guy Fischer. Monsieur le ministre, nous n'en sommes qu'à l'article 16 du PLFSS, et les occasions de renflouer les comptes de la sécurité sociale que vous n'avez pas voulu saisir sont déjà pléthores ! Je ne crois pas trop me tromper en annonçant dès maintenant que, lors du vote solennel qui mettra fin au débat, cette impression ne se sera malheureusement pas dissipée.

Sans vouloir relancer un débat qui mériterait pourtant d'être un jour abordé en profondeur, je souhaiterais tout de même regretter le rôle dans lequel vous entendez cantonner les parlementaires en général, et les sénateurs en particulier. Vous voulez en effet nous réduire à un rôle d'arbitre de touche, nous donnant la seule possibilité de voter pour ou contre la création de nouvelles charges injustifiées et nous refusant le droit de répondre à la satisfaction des besoins du plus grand nombre. C'est sans doute cela que le Président de la République appelle « le renforcement des pouvoirs du Parlement » !

Avec cet article 16, vous décidez donc de poursuivre la banqueroute organisée de notre régime de protection sociale. Pour ce faire, tous les moyens sont bons, y compris les plus grossiers, comme cet article en est le triste témoignage.

Je vous rappelle qu'en 2006, lors du débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, le ministre avait juré – je m'en souviens fort bien – que le principe de la compensation obligatoire serait réaffirmé. Or nous constatons qu'il n'en est rien.

Vous me rétorquerez, monsieur le ministre, que les exonérations sont modestes. Et alors ? Les bénéfices des franchises seront également modestes et, pourtant, vous ne vous en privez pas !

Vous me direz aussi que la compensation est difficilement réalisable. Sans doute, mais cela témoigne de l'impérieuse nécessité de revenir immédiatement à une règle simple : plus d'exonération ou, pour le moins, plus d'exonération sans compensation.

Vous savez l'opposition du groupe CRC à ce procédé qui a déjà coûté, en 2006, la modique somme de 23 milliards d'euros ; et, on l'a dit hier, on devrait maintenant atteindre 28 milliards d'euros. Naturellement, dans la situation « formidable » des comptes sociaux, on peut s'en priver...

Nous avons tout de même espoir que, n'écouterant pas votre opposition, vous tendiez au moins l'oreille en direction de la rue Cambon, là même où les magistrats de la Cour des comptes dénonçaient dans leur rapport de 2007, à l'adresse de la commission des finances de l'Assemblée nationale, « un dispositif incontrôlé », au « coût très élevé » et à « l'efficacité quantitative incertaine ».

Je connais un certain nombre de mesures bien moins critiquées dont vous avez écourté la vie – je pense, par exemple, au dispositif du médecin référent –, et je m'étonne qu'après la lecture de ce rapport vous n'avez pas été saisi d'effroi et n'avez pas vous-même proposé la suppression de l'article 16.

Je souhaiterais d'ailleurs reprendre à mon compte – une fois n'est pas coutume ! – l'intervention du rapporteur Alain Vasselle, qui, présentant son amendement sur l'article 9 E, rappelait qu'il fallait des recettes nouvelles structurelles et non conjoncturelles.

Avec le refus strict de la non-compensation des exonérations sociales, voilà justement une réforme structurelle, et je me réjouis par avance de pouvoir compter M. Vasselle au nombre des sénateurs qui voteront en faveur de cet amendement.

Je voudrais conclure sur un sentiment. Avec cette « histoire » des exonérations de charges sociales, le Président de la République fait les beaux et les mauvais jours de notre régime de protection sociale. Il en fait surtout les mauvais jours, en s'octroyant le droit de « piocher » dans les recettes

prévisibles de la sécurité sociale afin, au choix, ou de tenir ses promesses électorales – et particulièrement ses promesses en direction des plus riches – ou d'appliquer des positions dogmatiques, fussent-elles inefficaces. Pourtant, le Président de la République devrait se souvenir que les comptes de la sécurité sociale ne lui appartiennent pas. Il n'a pas à puiser dedans, comme le ferait un ménage dans ses économies.

Je reconnais toutefois à votre majorité une cohérence : son fil d'Ariane, c'est le transfert du financement des comptes sociaux des employeurs en direction – toujours au choix – des foyers, des salariés ou des consommateurs.

Tout aussi cohérents, nous demandons la suppression de l'article 16, en total accord sur ce point avec M. Vasselle qui, dans son rapport, après avoir évalué l'impact financier à 235 millions d'euros, dit très clairement que « cette décision revient [...] à mettre à la charge de la sécurité sociale des politiques qui sont celles de l'État ».

M. le président. L'amendement n° 465, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Rétablir le II de cet article dans la rédaction suivante :

II. – 1° L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. » ;

2° L'article L. 741-10 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

II. – Rétablir le V de cet article dans la rédaction suivante :

V. – 1° L'article L. 441-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application à l'intéressement de projet des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 444-12 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application au supplément d'intéressement et au supplément de réserve spéciale de participation des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 et du deuxième alinéa du I de l'article L. 442-8 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. le ministre.

M. Éric Woerth, ministre. Monsieur le rapporteur, j'ai bien entendu votre discours, qui a le mérite de la cohérence et de la continuité. Je voudrais juste rappeler que les exonérations de charges, à un titre ou à un autre, qui sont compensées représentent 30 milliards d'euros avec, d'un côté, 27 milliards d'euros sur les paniers fiscaux par transfert de recettes d'imposition et, de l'autre, 3 milliards d'euros budgétaires.

M. Bernard Cazeau. Près de 3 milliards !

M. Éric Woerth, ministre. Avec l'article 16, on se situe entre 200 millions et 250 millions d'euros. L'État fait donc une grande partie du chemin.

Il est assez naturel de se poser des questions sur un certain nombre de non-compensations compte tenu du caractère même des dépenses ; nous devons certainement, j'en suis

d'accord, aller plus loin, mais il ne faut pas faire accroire qu'au travers de cet article l'État se dégagerait de ses responsabilités en matière de compensation des charges.

Vous indiquez dans votre rapport que la multiplication des dispositifs d'exonération et le caractère non systématique de leur compensation ne sont pas acceptables, et vous proposez en conséquence la suppression de l'article 16.

J'en conviens volontiers, la situation n'est pas totalement satisfaisante.

La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a donné aux seules lois de financement de la sécurité sociale la capacité de prévoir – et tel est bien l'objet du débat – qu'une mesure d'exonération ne serait pas compensée.

Cette réforme, à laquelle vous avez pris, monsieur le rapporteur, une très large part, représente une avancée importante, notamment en termes de transparence, pour la sécurité sociale.

Il faut sans doute aller plus loin et ouvrir une nouvelle réflexion sur l'opportunité de confier au PLFSS le monopole de la création des dispositifs d'exonération ou, au moins, de confirmation systématique des décisions législatives prises par ailleurs.

C'est ce que vous avez proposé, monsieur le rapporteur, et le Gouvernement est prêt à y travailler : je vous l'ai dit lors de mon discours introductif et je vous le confirme.

Je suis également convaincu qu'il serait utile, dès que sont créées une exemption d'assiette ou une exonération ciblée, que soit précisément défini le financeur de cette « niche ». Trop souvent, le processus de décision déconnecte la mesure dépensière et, au bout du compte, le budget qui la porte, ce qui est déresponsabilisant.

Pour une bonne gestion des finances publiques, il faut déterminer immédiatement qui assurera la charge financière de la niche ou de l'exonération. Nous y veillerons pour tous les projets à venir.

Je pense aussi – et je rejoins en cela les propos tenus par Philippe Marini lors du débat sur les prélèvements obligatoires, voilà quelques jours – qu'il convient d'évaluer les effets économiques et sociaux de ces mécanismes. Il me paraît alors souhaitable d'adopter deux principes de bonne gestion.

Le premier consiste à fixer systématiquement une durée limitée à ces mécanismes, et ce pour deux raisons : d'une part, il serait ainsi possible de rappeler que la règle est celle de l'assujettissement de droit commun, les exemptions d'assiette ou exonérations spécifiques devant demeurer l'exception ; d'autre part, il est difficile de revenir sur ce qui a été accordé sans limite de durée. On doit pouvoir modifier les mécanismes au fur et à mesure de la montée en charge des dispositifs.

Le second principe est celui d'une évaluation des dispositifs actuels. Je ne serais pas opposé à une revue générale des exonérations, comme il en existe en d'autres domaines. Les parlementaires, notamment les sénateurs, sont également libres de se saisir de ce sujet. Cela pourrait conduire à fixer un terme à certains dispositifs, tout en se donnant un délai. Comme je le disais hier, il y a bien évidemment, derrière les dispositifs, des réalités.

Mesdames, messieurs les sénateurs, avec l'article 16, il est demandé au Parlement d'accepter, après ces clarifications nécessaires, la non-compensation de quelques mesures.

À cet égard, l'adoption des trois amendements identiques brouillerait la bonne application du dispositif législatif qui prévoit que les mesures d'exonération des cotisations de sécurité sociale ou de réduction de leur assiette doivent soit être compensées, soit donner lieu au vote d'une disposition *ad hoc* dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'adoption de ces amendements ne pourrait qu'inciter à la poursuite de tentatives d'exclusion de l'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale, sans inscription des crédits de compensation nécessaires en loi de finances.

Or, dans ce domaine, l'exception est nécessaire pour obtenir une application très stricte de la règle. Et vous pouvez convenir que, avec l'apurement de la dette de l'État au régime général, la compensation des allègements généraux et des exonérations sur les heures supplémentaires, j'ai avancé sur la clarification des relations entre l'État et la sécurité sociale.

C'est pourquoi, au bénéfice de ces explications, je me permets de vous présenter un amendement qui vise à rétablir le texte initial proposé par le Gouvernement.

L'Assemblée nationale a supprimé du champ de non-compensation, d'une part, les attributions gratuites d'actions et, d'autre part, le supplément d'intéressement et le supplément de réserve spéciale de participation, au motif que ces revenus, qui ne présentent pas de caractère aléatoire, doivent être traités comme des revenus d'activité, leur exonération de cotisations devant dès lors être compensée par l'État. Certes, ces revenus, supplément d'intéressement et attribution gratuite d'actions, sont distribués à l'occasion de la relation de travail ; mais la commission des finances a pour sa part estimé que ces dispositifs se rattachaient à l'épargne et non aux salaires.

Pour le Gouvernement, les attributions d'actions gratuites, prévues par l'article 83 de la loi de finances pour 2005, présentent une spécificité. Tout d'abord, le délai de portage qui caractérise les actions gratuites par rapport à une rémunération monétaire justifie un traitement particulier dans le cadre de l'application du principe de compensation.

Par ailleurs, à la suite de l'adoption de l'amendement par les députés, ces revenus sont destinés à participer au financement de la sécurité sociale au travers des contributions créées par l'article 9 E du projet de loi de financement de la sécurité sociale en sus de l'assujettissement déjà existant aux 11 % de CSG et de CRDS. Hier, nous avons voté une contribution spécifique de 10 % pour les distributions gratuites d'actions. La création d'une contribution employeur de 10 % sur ce dispositif et sur les stock-options, ainsi qu'une contribution salariale dont vous avez voté la non-rétroactivité, permet de procurer à la sécurité sociale de nouvelles recettes assises sur ces revenus.

Concernant l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des sommes allouées au titre du supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet, le code du travail prévoit que ces sommes ne doivent se substituer à aucun des éléments de rémunération antérieurs donnant lieu à cotisations, ce qui justifie qu'elles puissent être exclues du champ de la compensation des pertes de recettes subies par la sécurité sociale, d'autant que le calcul de la compensation serait extrêmement difficile à mettre en œuvre. Il n'est d'ailleurs ni logique ni possible de distinguer le supplément

d'intéressement de l'intéressement lui-même, qui n'est pas compensé. Or dans ce cas, on demanderait une compensation du supplément d'intéressement.

Dans les deux cas – l'attribution gratuite d'actions et le supplément d'intéressement – il s'agit donc d'éléments de revenus nouveaux, dont on ne connaît pas par définition l'assiette préalable et pour lesquels on estime raisonnablement que la substituabilité aux salaires est faible, même si nous sommes vigilants sur ce dernier point.

C'est pourquoi il est légitime de les faire figurer dans l'article 16, c'est-à-dire de ne pas compenser. C'est ce qu'a proposé le Gouvernement dans l'esprit de transparence qui le guide en ce domaine. Vous trouverez une nouvelle démonstration de cette transparence dans le rapport sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions, qui sera prochainement transmis au Parlement en application de la loi du 20 décembre 2002.

Je sais, monsieur Vasselle, combien vous êtes attaché à la clarification des relations financières entre le budget de l'État et le budget de la sécurité sociale. Je partage votre préoccupation, et c'est pourquoi, sans hypocrisie ou dissimulation, je souhaite définir le plus précisément possible ce qui doit être compensé par l'État, lequel, dans ce domaine, remplit ses obligations et assume ses responsabilités...

M. Bernard Cazeau. Vous savez bien que non !

Mme Raymonde Le Texier. C'est honteux de dire cela !

M. Éric Woerth, ministre. ... – j'ai déjà dit tout à l'heure que cela concerne 30 milliards d'euros –, et ce qui ne doit pas être compensé. C'est pourquoi je souhaite vivement que le Sénat adopte l'amendement n° 465, pour lequel je demande un vote par priorité.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai écouté avec une extrême attention l'argumentation développée par M. le ministre pour défendre l'amendement n° 465.

Permettez-moi de vous dire, monsieur le ministre, que, après la position que j'ai défendue au nom de la commission des affaires sociales, la proposition du Gouvernement de ne pas compenser deux exonérations supplémentaires pourrait être considérée par certains comme une provocation ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

M. Guy Fischer. C'est un moment unique !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je ne cherche pas à faire des effets de manches pour me faire applaudir par nos collègues siégeant sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC. (*Exclamations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Nous ne mettons en doute ni votre honnêteté intellectuelle ni la volonté du Gouvernement de respecter l'esprit et la lettre de la loi organique relative au de financement de la sécurité sociale.

Vous être le premier ministre du budget à respecter l'esprit et la lettre de la loi organique en adoptant, dès la loi de financement de la sécurité sociale, dès le collectif budgétaire et dès la loi de finances, des mesures respectant intégralement ses dispositions. Nous ne pouvons que nous en réjouir et nous en féliciter.

Je ne mets aucunement en doute votre volonté de respecter la loi. Vous respectez d'ailleurs la loi organique, puisque vous faites apparaître très clairement les mesures qui ne feront pas l'objet d'une compensation au titre des exonérations.

M. Bernard Cazeau. Il en reste encore !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il y a néanmoins un problème quant à la non-compensation,...

Mme Raymonde Le Texier. Oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur. ... qui paraît inacceptable à la commission des affaires sociales. En effet, la non-compensation revient à priver la sécurité sociale de recettes au moment où cette dernière connaît une période particulièrement difficile et que ses comptes sont déficitaires d'année en année. Nous serions en situation d'équilibre, voire d'excédent, il n'y aurait même pas débat. Or vous avez raison de dire, monsieur le ministre, reprenant les propos de M. le rapporteur général, qu'il est nécessaire d'expertiser les niches sociales et fiscales pour déterminer la pertinence de celles qui peuvent avoir un intérêt sur le plan économique et social et qui peuvent se justifier. De ce point de vue, nous vous rejoignons, vous et M. le rapporteur général.

Je prends acte de votre volonté tant de faire apparaître dorénavant en loi de financement de la sécurité sociale toutes les mesures d'exonération que de rebondir sur la proposition de Philippe Marini tendant à limiter dans le temps certaines niches sociales n'ayant pas vocation à être pérennisées.

Enfin, il me semble que nous ne devons pas faire preuve d'hypocrisie. Vous avez fort justement rappelé qu'une nuance importante doit être apportée quant aux rémunérations ; certaines peuvent être comparées à des salaires, contrairement à d'autres ; l'assiette n'est alors pas la même, et les cotisations assises sur cette assiette ne sont pas de même nature : les cotisations sociales, la CSG et la CRDS dans le premier cas, la CSG et la CRDS dans le second.

Nous ne pouvons pas faire l'économie du toilettage de la loi organique. Ce dernier sera en effet nécessaire pour intégrer les engagements que vous prenez devant la représentation nationale, considérant qu'il faut faire apparaître dans les lois de financement de la sécurité sociale toutes les mesures d'exonérations. Pour ce faire, il faudra revoir la loi organique. Profitons-en donc pour apporter les distinctions nécessaires dans la nature des rémunérations, afin de faire l'économie d'un débat annuel sur cet article 16.

Monsieur le ministre, je ne pense pas qu'il y ait de malentendu entre nous : vous avez saisi pourquoi la commission des affaires sociales adoptait cette position, et, pour ma part, je comprends pourquoi le Gouvernement défend cet amendement n° 465, qui devrait recueillir les votes d'une grande partie, si ce n'est de la totalité de la majorité de la Haute Assemblée.

Je comprends les raisons pour lesquelles vous avez défendu cet amendement, qui aura le soutien d'une grande partie, voire de la majorité des élus de la majorité présents ce soir. (*Très bien ! et applaudissements sur certaines travées de l'UMP.*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur la demande de priorité formulée par le Gouvernement ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. La demande de priorité est cohérente puisque la loi organique nous fait obligation de nous prononcer dans la loi de financement sur les demandes de non-compensation.

Le Gouvernement en propose une nouvelle. Il est donc normal que nous nous prononcions à cet égard avant de le faire pour celle qui figurait déjà dans le projet de loi.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

La priorité est ordonnée.

Je mets donc aux voix par priorité l'amendement n° 465.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe UMP et du groupe socialiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 23 :

Nombre de votants.....	326
Nombre de suffrages exprimés.....	296
Majorité absolue des suffrages exprimés	149
Pour l'adoption.....	169
Contre	127

Le Sénat a adopté.

En conséquence, les amendements identiques n°s 15, 113 et 294 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 16, modifié.

(L'article 16 est adopté.)

Article 16 bis

Le dernier alinéa de l'article L. 725-24 du code rural est complété par les mots : « , notamment les modalités de publicité des décisions rendues par les organismes de recouvrement ». – *(Adopté.)*

Article 16 ter

À titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008, le salarié peut, en accord avec l'employeur, décider que le repos compensateur de remplacement qui lui serait applicable en application du II de l'article L. 212-5 du code du travail soit pour tout ou partie converti, à due concurrence, par une majoration salariale dont le taux ne peut être inférieur à celui qui lui serait applicable en application du I du même article. Les I à IX, XII et XIII de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat s'appliquent aux rémunérations ainsi versées. Cette expérimentation fera l'objet d'un bilan avant le 31 décembre 2009.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 114 est présenté par MM. Cazeau et Godefroy, Mme Le Texier, Demontès, Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger et Alquier, M. Domeizel et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 295 est présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 114.

M. Bernard Cazeau. Cet article est issu d'un amendement déposé par le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, M. Pierre Méhaignerie, et il n'a pas le caractère modeste que son auteur a décrit. Au contraire, il s'agit d'une brèche ouverte dans le droit de la négociation collective, mais aussi dans celui de la durée du travail.

Le paragraphe II de l'article L. 212-5 du code du travail dispose ceci : « Une convention ou un accord collectif [...] ou un accord d'entreprise ou d'établissement peut [...] prévoir le remplacement de tout ou partie du paiement des heures supplémentaires, ainsi que des majorations [...], par un repos compensateur équivalent. »

Cette disposition, issue de la loi quinquennale sur l'emploi de 1993, ou loi Balladur, a été reprise par la loi Aubry relative à la réduction négociée du temps de travail du 19 janvier 2000, ainsi que par la loi Fillon du 17 janvier 2003.

Or M. Méhaignerie propose qu'un salarié puisse, individuellement, avec l'accord de son employeur, convertir en heures supplémentaires le repos compensateur consécutif à des heures supplémentaires qu'il a déjà réalisées.

Cette proposition appelle plusieurs observations.

Tout d'abord, « accord » signifie ici en réalité « initiative », sinon « exigence » de l'employeur, puisque, je le rappelle, les heures supplémentaires s'effectuent à la demande de ce dernier.

Ensuite, l'intérêt de ce dispositif est assez hypothétique pour l'employeur, qui sera incité, comme c'est déjà souvent le cas, à flexibiliser le temps de travail, c'est-à-dire à accorder des repos compensateurs quand l'activité de l'entreprise est ralentie, plutôt qu'à alourdir sa dépense salariale, fût-elle exonérée de cotisation. En effet, pourquoi payer quand on peut éviter de le faire en organisant mieux la production et donc en améliorant la productivité des salariés ?

Par ailleurs, la présence d'une telle disposition est assez surprenante dans une loi de financement de la sécurité sociale. Les repos compensateurs ont été créés dans une logique de prévention, au bénéfice de la santé des salariés. Or la fatigue et les conditions de travail sont totalement ignorées par cet article, qui vise seulement à faire travailler davantage les salariés, dont il n'est pas certain d'ailleurs qu'ils gagneront plus !

Le dispositif va même totalement à l'encontre des négociations sur la pénibilité, dont chacun sait que le patronat les a délibérément enlisées afin d'arriver à la négociation de 2008 sur les retraites sans avoir conclu le moindre accord sur cette question.

Travailler plus, certes, mais pour gagner quoi, au final, si ce revenu supplémentaire doit s'accompagner de problèmes de santé dus à une fatigue excessive ? Sans même évoquer l'aspect humain, qui demeure fondamental, quel sera le bénéfice social de cette politique ? Quel est l'impact des horaires excessifs sur l'augmentation des accidents du travail et des maladies professionnelles ? N'est-ce pas de ce problème que nous devrions d'abord discuter aujourd'hui ?

On voit bien quel sera le bénéfice de ce dispositif pour l'employeur ; mais pour le salarié qui devra payer des franchises afin de se faire soigner et pour la collectivité qui devra toujours financer l'assurance maladie, c'est beaucoup moins clair !

J'en viens à la seconde question que soulève cet article. Alain Vasselle, à la page 84 du tome VI de son rapport, souligne ceci : « Dans certaines entreprises, en application d'accords collectifs qui n'ont pas été renégociés, les heures supplémentaires ne font pas l'objet d'une majoration salariée, mais d'une compensation sous la forme d'un repos compensateur de remplacement. »

Toutefois, mon cher collègue, si les accords que vous évoquez n'ont pas été renégociés, pourquoi ne pas inviter les partenaires sociaux à le faire maintenant ?

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour présenter l'amendement n° 295.

M. Guy Fischer. En demandant la suppression de l'article 16 *ter*, nous entendons protéger les salariés en leur garantissant le bénéfice d'un congé réparateur qui, par nature, ne peut se compenser en espèces.

En effet, monsieur le ministre, non content de faire travailler plus les salariés en leur faisant miroiter une meilleure rémunération, vous en rajoutez, en exonérant les entreprises des charges sociales prévues par la loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi TEPA !

Décidément, tout est bon pour pressurer les salariés en détournant leur aspiration réelle à une véritable revalorisation des salaires, qui, d'ailleurs, ne doit pas être conditionnée à des heures supplémentaires. C'est inadmissible !

Avec votre dispositif, vous passez outre toutes les négociations avec les organisations syndicales représentatives, balayant ainsi les accords de branche au profit d'accords conclus entre l'employeur et le salarié.

Ainsi, vous qui prétendez vouloir des syndicats plus représentatifs vous renvoyez une nouvelle fois la négociation à la sphère individuelle, en faisant mine d'ignorer qu'il existe entre l'employeur et l'employé une relation très fortement inégalitaire – c'est d'ailleurs ce qui caractérise le contrat de travail.

En ce jour de grèves, on voit bien que la négociation est au cœur des préoccupations. S'il avait négocié plus tôt, M. Xavier Bertrand se trouverait aujourd'hui parmi nous ! (*Sourires.*) Aujourd'hui, s'agissant de problèmes aussi importants que les conditions de travail, la question de la négociation mérite d'être posée.

Vous faites fi de la santé des salariés en remettant en cause le repos compensateur nécessaire à l'équilibre de ces derniers, car, bien évidemment, c'est toujours durant les pics d'activité que ces heures supplémentaires seront effectuées !

De la conférence tripartite sur les conditions de travail dans les entreprises, qui s'est tenue en octobre dernier, il ressort que près d'un tiers des Français estiment que leurs conditions de travail ont un impact sur leur santé, que celles-ci se détériorent et que le phénomène du stress devient de plus en plus prégnant. Or, comme nous l'avons déjà souligné à plusieurs reprises, le bien-être au travail a des conséquences naturelles et positives sur la productivité et la qualité du travail fourni.

S'agissant des troubles dus aux conditions de travail, les chiffres relatifs aux problèmes les plus souvent évoqués sont éloquentes : 20 % des salariés mentionnent la fatigue, 22 % les troubles musculo-squelettiques, 12 % les maux de tête, 53 % les positions douloureuses, 61 % les mouvements répétitifs et 18 % le stress, avec les conséquences que l'on connaît, à savoir les suicides au travail.

Ce sont autant de risques professionnels qui peuvent coûter cher à la sécurité sociale, contrainte de financer les soins nécessaires à l'équilibre des salariés, ce qui prouve, s'il en était besoin, la nécessité de garantir le respect du repos réparateur.

Enfin, monsieur le ministre, vous accompagnez cette mesure de charges non compensées. À l'heure où vous vous servez du « trou de la sécurité sociale » pour faire payer toujours plus les assurés sociaux et taxer plus encore la consommation et les revenus du travail, on ne peut que dénoncer le manque à gagner, en matière de cotisations patronales, de votre dispositif.

M. le président. L'amendement n° 408, présenté par MM. César et Mortemousque, est ainsi libellé :

I. – Dans la première phrase de cet article, après les mots :

article L. 212-5 du code du travail

insérer les mots :

ou de l'article L. 713-7 du code rural

II. – Les pertes de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I ci-dessus sont compensées à due concurrence par l'instauration d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 A et suivants du code général des impôts.

La parole est à M. Gérard César.

M. Gérard César. Cet amendement s'inscrit dans la continuité de l'amendement n° 247 rectifié, que nous avons déposé à l'article 11 et qui a été adopté la nuit dernière par la Haute Assemblée.

L'article 16 *ter* du projet de loi de financement de la sécurité sociale, issu d'un amendement adopté par l'Assemblée nationale, vise le seul article L. 212-5 du code du travail, ce qui conduit à exclure de son champ d'application les salariés agricoles.

En effet, ces salariés sont régis par une disposition spécifique, qui figure à l'article L. 713-7 du code rural. La mention de ce dernier article est donc absolument nécessaire pour assurer la parité entre les salariés qui relèvent des professions de l'industrie et du commerce et ceux qui appartiennent aux professions agricoles.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Les amendements identiques n°s 114 et 295 tendent à supprimer une disposition issue d'un amendement déposé à l'Assemblée nationale par M. Méhaignerie. Or, nous avons considéré que celui-ci n'avait pas eu une mauvaise idée. Nous approuvons cette disposition et ne pouvons donc qu'émettre un avis défavorable sur les amendements qui tendent à la supprimer !

S'agissant de l'amendement n° 408, la commission est *a priori* favorable, mais elle souhaite entendre l'avis du Gouvernement.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les amendements identiques n^{os} 114 et 295, pour les raisons qui ont été évoquées par M. le rapporteur. En revanche, il est favorable à l'amendement n^o 408 et lève le gage.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n^o 408 rectifié.

Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 114 et 295.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 408 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16 *ter*, modifié.

*(L'article 16 *ter* est adopté.)*

Article 17

Est approuvé le montant de 3,0 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

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

M. Bernard Cazeau. Cet article porte sur le montant global de la compensation des exonérations de cotisations sociales ciblées, évalué à 3 milliards d'euros.

Depuis 2006, les exonérations générales sont financées par un ensemble de recettes fiscales, ce qui permet d'en diminuer la trop grande visibilité. Il n'en demeure pas moins que le montant global des exonérations s'élève cette année à 32,356 milliards d'euros, soit une augmentation de 12,8 % par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Nous ne pouvons que partager la critique qu'émet M. le rapporteur sur le fait que les équilibres financiers de la sécurité sociale ne sont jamais la priorité et qu'ils passent même après les enjeux de telle ou telle politique sectorielle en vogue à un moment. Comme lui, nous regrettons les insuffisances et les retards de crédits et souhaitons le respect du principe de neutralité des flux de trésorerie.

Le document annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale recense soixante et une mesures d'exonérations, pour les motifs les plus divers. Longtemps, on nous a dit que ces exonérations étaient justifiées par leur impact sur la création d'emplois. Expérience faite, on sait qu'il n'en est rien.

C'est la croissance qui crée l'emploi ; c'est donc d'abord elle qu'il faut soutenir par une demande intérieure solide, c'est-à-dire par une politique salariale juste, et par une capacité d'exportation, c'est-à-dire par un soutien fort à la recherche et à l'innovation.

En réalité, nous sommes en présence d'un empilement d'exonérations nuisible à la lisibilité du discours politique, de telle sorte que le transfert du financement de la protection sociale sur les ménages n'est jamais clairement avoué.

On n'en comprend que mieux l'indignation de nos concitoyens devant l'instauration de franchises qui signent ce transfert d'une manière évidente pour tous. Le débat sur cette question n'a jamais eu lieu. On s'est contenté de

mesures telles que le forfait hospitalier, progressivement augmenté, puis de remboursements de médicaments jusque-là largement prescrits, ce qui ajoute à la confusion.

Toute la politique du Gouvernement se limite à poursuivre les exonérations de cotisations en faveur des entreprises et à contenir les dépenses sociales tout en les faisant peser de plus en plus sur les assurés et sur les malades, sans tenir vraiment compte de la situation de ces derniers.

Cette traduction comptable de la politique sociale ne suffit plus. Nous le verrons d'ailleurs lors de l'examen de l'article 18 relatif aux prévisions de recettes pour 2008, qui est fondé sur une croissance estimée à 2,25 % et une croissance de la masse salariale évaluée à 4,8 %. C'est fastueux !

M. Guy Fischer. C'est se moquer du monde !

M. Bernard Cazeau. On peut toujours rêver ! Nous sommes là dans la plus haute fantaisie budgétaire.

M. Guy Fischer. C'est exact !

M. Bernard Cazeau. Plutôt que de poursuivre cette politique qui mène à une impasse, il est temps, si nous voulons maintenir un état de santé et de bien-être correct pour nos concitoyens, quels que soient leur âge ou leur condition, de chercher des nouvelles recettes.

Il apparaît de plus en plus clairement que les exonérations de cotisations sociales – elles sont pour l'essentiel patronales –, qu'elles soient ou non compensées, n'engendrent pas de croissance et fort peu d'emplois. Si l'on veut réellement maintenir la protection sociale à un bon niveau, il faut garantir son financement par des recettes pérennes et justes ; nous en sommes encore loin cette année.

M. le président. La parole est à M. François Autain, sur l'article.

M. François Autain. Tout le monde s'accorde à reconnaître que ces exonérations ciblées sur les faibles rémunérations ont un effet pervers, celui de créer des « trappes à bas salaires ». C'est d'ailleurs inévitable, puisque le mécanisme n'incite guère les employeurs à augmenter la rémunération de leurs salariés. Au contraire, il les pousse à licencier pour recruter à des salaires plus faibles.

Si j'en crois les propos que vous avez tenus hier soir, monsieur le ministre, la suppression de ces exonérations ciblées et le rétablissement des cotisations entraîneraient la perte de 800 000 emplois. Je ne sais sur quelles études vous vous fondez pour avancer un tel chiffre, mais je serais très heureux d'en connaître la source afin de m'y reporter, car, à ma connaissance, il n'existe pas d'enquête portant sur l'efficacité des mesures d'exonérations en matière d'emplois.

Par le passé, notamment au cours de l'examen des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale, nous avons régulièrement demandé que le Gouvernement diligente un rapport évaluant le lien entre les exonérations sociales et la création d'emplois. Malheureusement, nous n'avons jamais pu obtenir satisfaction. Je crois qu'une telle démonstration est d'ailleurs impossible.

En revanche, certaines études, notamment celles de l'INSEE, établissent l'existence du phénomène de « trappe à bas salaires ». De surcroît, personne ne nie plus aujourd'hui l'écrasement du bas de la hiérarchie salariale.

Il est donc aujourd'hui possible de réunir tout un faisceau de preuves tendant à confirmer que le système d'exonération de cotisations patronales a des effets pervers. Ses conséquences sont d'autant plus néfastes que, dans le même

temps, on néglige de prendre des mesures visant à stimuler la formation des employés, ce qui, en soi, est une menace à plus long terme pour notre économie et la productivité.

En outre, on peut s'interroger sur le fondement même du système d'exonérations de cotisations, tel qu'il est actuellement mis en œuvre. En effet, son principe repose exclusivement sur un effet d'aubaine, puisque les entreprises peuvent bénéficier de ce soutien public sans aucune contrepartie. C'est la raison pour laquelle de très sérieux doutes pèsent sur l'efficacité de ce dispositif en termes de créations d'emplois.

On peut en conclure que l'effort demandé aux travailleurs faiblement rémunérés ne correspond pas à l'objectif invoqué pour le légitimer. Les mesures d'exonérations de cotisations patronales ne stimulent en aucun cas l'emploi. En revanche, elles contribuent à réduire le coût du travail.

Alors qu'il n'est actuellement question que de l'augmentation du pouvoir d'achat des Français, on comprend bien que ce n'est pas celui des plus faibles qui est au cœur des préoccupations, bien au contraire. Les exonérations de cotisations patronales que le Gouvernement s'évertue à maintenir et à développer ont le mérite de l'illustrer.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 82, présenté par M. Jégou au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit cet article :

Le montant correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale est fixé, pour 2008, à 3,2 milliards d'euros.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation. Cet amendement vise à procéder à une coordination, afin de tenir compte des votes intervenus tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

En effet, le montant fixé par l'article 17 n'est plus pertinent compte tenu de la décision de l'Assemblée nationale de ne pas supprimer purement et simplement le dispositif d'exonérations ciblées en faveur des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale. En effet, elle y a simplement mis fin à compter du 1^{er} novembre 2007, aménageant un nouveau dispositif pour l'avenir. Vous évaluez le coût de ce dispositif à 185 millions d'euros, monsieur le ministre.

Je propose donc de tenir compte de cette modification et de fixer, de façon provisoire, le montant de la compensation à 3,2 milliards d'euros. Il appartiendra au Gouvernement d'en tirer les conséquences lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2008. Et comme il s'est engagé dans une démarche de clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale – vous l'avez réaffirmé lors de l'examen de l'article 16, monsieur le ministre –, cela lui permettra également de préciser ses intentions, compte tenu des conséquences inévitables que cela aura sur le projet de loi de finances.

J'insiste sur la nécessité de voter cet amendement, et je pense que vous y serez favorable, monsieur le ministre, car nous ne pouvons adopter l'article 17 en l'état pour les raisons que je viens d'indiquer.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il est vrai que l'article 17 devrait tenir compte de l'ensemble des décisions que nous avons prises au cours de l'examen des précédents articles et qui ont des incidences financières, notamment sur la compensation.

Si nous voulons veiller à la sincérité des chiffres et éviter ainsi des observations désagréables de la Cour des comptes, il serait bon d'actualiser l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale. C'est la raison pour laquelle la commission souhaite recueillir l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Je profite de cette discussion pour appeler l'attention de M. le ministre et de ses collaborateurs sur la situation récurrente que nous connaissons, s'agissant de la compensation des exonérations. Ainsi, lorsque le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 nous a été soumis, le montant de la compensation connaissait une sous-estimation de l'ordre de 1 milliard d'euros ; dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, cette sous-estimation s'élevait à 1,1 milliard d'euros. Pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, cette sous-estimation semble de l'ordre de 500 millions d'euros.

Il faudra absolument veiller à établir une parfaite coordination entre le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le projet de loi de finances, car les chiffres doivent être sincères et conformes aux décisions prises.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Sur le fond, je suis favorable à l'amendement de la commission des finances. Mais ces modifications doivent trouver leur place non dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais dans le projet de loi de finances, qui seule est compétente pour fixer le montant des crédits budgétaires.

Lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2008, 150 millions d'euros viendront compenser l'état de la mesure concernant les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale, car il revient au budget de l'État de prendre en compte cette compensation supplémentaire. Il sera temps, en commission mixte paritaire, de modifier les équilibres définitifs. Grâce aux articles miroir du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances, les montants seront calés.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Monsieur le ministre, je suis membre de la commission des finances depuis suffisamment longtemps pour admettre la justesse de vos propos. Il n'en reste pas moins que le montant inscrit à l'article 17 n'est pas le bon. Vous nous demandez de voter un article dont le libellé n'est pas exact : c'est ennuyeux !

Sans doute en était-il de même l'année dernière.

M. Guy Fischer. Oui, le montant n'était pas exact !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Il s'agit de crédits évaluatifs. Nous savons bien ce que valent les prévisions et les estimations qui nous sont transmises un peu hâtivement sur les coûts. La commission mixte paritaire permettra de procéder aux ajustements nécessaires.

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement n° 82 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Nous ne pouvons voter l'article 17 en l'état !

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. On verra en commission mixte paritaire !

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

M. Éric Wœrth, *ministre*. Je n'étais pas ministre l'année dernière, mais j'imagine qu'il en était de même et que la situation est la même chaque année !

Il s'agit de deux articles miroir.

À l'Assemblée nationale, le projet de loi de finances a été examiné en premier. Y est inscrite une somme de 3 milliards d'euros de crédits budgétaires correspondant à la compensation. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale a été examiné ensuite. Il traduit la décision de l'Assemblée nationale quant au dispositif d'exonérations ciblées en faveur des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale.

Au Sénat, vous commencez par l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale dont les crédits sont effectivement affectés par ce dispositif. Il en sera tenu compte lorsque vous examinerez le PLF, car les 150 millions d'euros de compensation doivent être pris en compte dans le budget de l'État. Lors de la synthèse en commission mixte paritaire, il conviendra de « caler » les deux articles !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, *rapporteur pour avis*. Monsieur le ministre, nous n'allons pas nous faire de mauvaises manières ! Mais, franchement, sur le simple plan de la discussion parlementaire, quelle est la portée de nos travaux sur cet article 17 ? Nous savons d'ores et déjà que ce dernier ne sert à rien. Mieux vaut donc le supprimer tout de suite !

M. Guy Fischer. Eh oui !

M. Éric Wœrth, *ministre*. Vous êtes obligés de le voter !

M. Jean-Jacques Jégou, *rapporteur pour avis*. Soyons cohérents. Vous me dites qu'il n'y a pas d'inquiétude à avoir ; je vous réponds, moi, qu'il faut supprimer l'article 17, et tout le monde sera content !

Cela dit, monsieur le président, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 82 est retiré.

Je mets aux voix l'article 17.

(L'article 17 est adopté.)

M. le président. Monsieur le rapporteur pour avis, un bon discours m'a quelquefois fait changer d'avis, mais jamais de vote ! *(Sourires.)* Ce n'est pas de moi ; c'est un mot d'Edouard Herriot !

M. Bernard Cazeau. C'est pour Marseille !

M. le président. Ne vous inquiétez pas pour Marseille, monsieur Cazeau !

M. Guy Fischer. Non, en l'occurrence c'est Lyon !

Article additionnel après l'article 17

M. le président. L'amendement n° 139, présenté par M. Cantegrit et Mme Kammermann, est ainsi libellé :

Après l'article 17, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Les cotisations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 766-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas dues par les personnes qui formulent leur demande d'adhésion du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008.

II. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant du I est compensée à due concurrence par l'institution d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Jean-Pierre Cantegrit.

M. Jean-Pierre Cantegrit. J'ai déposé cet amendement en tant que président du conseil d'administration de la Caisse de sécurité sociale des Français de l'étranger. Mme Christiane Kammermann, mon excellente collègue, administrateur de la caisse, s'est associée à ce texte.

L'amendement n° 139 prévoit que les cotisations figurant à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 766-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas dues par les personnes qui formulent leur demande d'adhésion du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008.

Parallèlement, il vise à compenser la perte de recettes qui résulte de cette disposition. Toutefois, monsieur le ministre, je m'interroge. Devons-nous vraiment gager la mesure, alors qu'il s'agit d'une caisse d'assurance volontaire ayant un budget autonome et des comptes équilibrés depuis sa création ? On m'a dit que cela était souhaitable, mais j'aimerais vous entendre sur ce point.

L'article 17 suspend l'obligation de s'acquitter d'un droit d'entrée égal au montant des cotisations afférentes à la période écoulée depuis le début de l'expatriation, dans la limite de deux ans, et ce pour toutes les personnes qui adhèrent à l'assurance maladie, maternité des Français expatriés au cours de l'année 2008. Dans sa sagesse, le législateur a prévu ce droit d'entrée par la loi n° 84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures relatives à l'amélioration de la protection sociale des Français de l'étranger, dite Loi Bérégoz. J'ai été le rapporteur au Sénat de ce texte, voté à l'unanimité du Parlement, qui tend à prévenir les adhésions à « risque ouvert », puisque la Caisse de sécurité sociale des Français de l'étranger est une caisse d'assurance volontaire.

L'amendement n° 139 a pour objet de renforcer l'attractivité de l'assurance maladie offerte par la Caisse des Français de l'étranger, la CFE.

Cette disposition s'inscrit dans le cadre de plusieurs mesures visant à faciliter les adhésions à la CFE. Une baisse du taux des cotisations maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles des salariés expatriés doit en effet intervenir prochainement par décret ; celui-ci est en cours de rédaction. Nous avons obtenu l'accord de notre tutelle, représentée par votre ministère, monsieur Wœrth, et par le ministère des affaires sociales. Nous avons également obtenu l'accord de la direction de la sécurité sociale.

Cette disposition répond à une demande forte des Français expatriés. Alors que la CFE est en concurrence avec des caisses d'assurance privée, des mutuelles, une telle mesure va à notre avis renforcer son attractivité. Le nombre de personnes susceptibles de s'affilier à l'assurance maladie de la CFE est évalué à près de 15 000 personnes.

Permettez-moi de profiter de cet amendement pour vous poser une question, monsieur le ministre. L'objectif de la loi est de fixer les principes fondamentaux de la sécurité sociale. Mais, dans le cas particulier de la Caisse des Français de l'étranger, on constate qu'une loi est nécessaire simplement pour suspendre le mécanisme de rétroactivité des cotisations, mesure financière pourtant de faible importance et

transitoire. De mon point de vue, la procédure législative, longue, difficile et solennelle, est disproportionnée à l'enjeu de la mesure !

La Caisse des Français de l'étranger est une caisse de sécurité sociale en situation de concurrence ; elle ne dispose d'aucun monopole. Pour pouvoir survivre et se développer tout en faisant preuve de solidarité à l'égard de nos compatriotes moins favorisés, elle doit être en mesure de s'adapter. Les problèmes qui se posent à elle ne sont pas ceux des régimes obligatoires de sécurité sociale.

En conclusion, monsieur le ministre, ne serait-il pas souhaitable que vos services engagent une réflexion portant sur la façon de prévoir dans la loi le principe d'une délégation plus large au conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger, afin que celle-ci puisse plus aisément décider des mesures utiles d'adaptation au contexte dans lequel elle évolue ? Bien entendu, les décisions du conseil resteraient, comme c'est le cas aujourd'hui, soumises à l'approbation des autorités de tutelle, donc à votre ministre, monsieur le ministre.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement.

La Caisse que préside M. Cantegrit devrait tous nous faire rêver ! Ce dernier fait en effet valoir, dans l'exposé des motifs de son amendement, que cette « disposition s'inscrit dans le cadre de plusieurs mesures visant à faciliter les adhésions à la CFE », ce que l'on comprend. Il ajoute qu'une « baisse du taux des cotisations maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles des salariés expatriés doit en effet intervenir prochainement par décret. ».

Cela fait rêver ! Quand pourrons-nous ici, devant la représentation nationale, envisager la baisse des cotisations maladie, maternité et accidents du travail pour la caisse du régime obligatoire français ?

Monsieur Cantegrit, expliquez-nous comment vous faites, car c'est miraculeux ! Chers collègues, constatez que, contrairement à nous, les étrangers savent gérer !

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

M. Éric Wœrth, ministre. Le Gouvernement est favorable à cet amendement.

Monsieur le sénateur, je ne suis pas un spécialiste du fonctionnement de la Caisse des Français de l'étranger ; vous l'êtes plus que nous ! Toutefois, je comprends qu'il existe des difficultés de gestion dues à des rigidités législatives.

En liaison avec mes collaborateurs, nous pouvons, si vous en êtes d'accord, mettre en place un petit groupe de travail afin de poser un diagnostic et de comprendre ce qui pourrait éventuellement être fait pour faciliter le fonctionnement de cette Caisse.

Pour répondre à votre question, il n'est pas nécessaire de prévoir un gage, car la disposition n'a aucune conséquence financière directe.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Cantegrit, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Cantegrit. Je tiens à remercier M. Alain Vasselle de son accord. Je suis tout à fait prêt à expliciter, au sein de la commission des affaires sociales à laquelle j'appartiens, la façon dont nous sommes parvenus à l'équilibre, voire à un léger excédent pour le système d'assurance

maladie et d'accidents du travail des Français de l'étranger. Cet équilibre résulte d'un ensemble d'éléments que je suis prêt à vous exposer.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Pour adapter le régime général à la Caisse des Français de l'étranger !

M. Jean-Pierre Cantegrit. Je précise à M. Vasselle qu'il s'agit des Français de l'étranger, donc des Français expatriés, et non des étrangers ! (*Sourires.*)

Monsieur le ministre, je vous remercie de votre proposition de groupe de travail que j'approuve et que j'accepte avec un grand plaisir.

Notre caisse d'assurance volontaire est soumise à une concurrence et à des problèmes particuliers. Lors de l'examen du budget, j'aurai l'occasion de vous dire un mot sur les nouvelles mesures que nous avons prises, notamment sur les franchises.

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

M. Éric Wœrth, ministre. Je précise à M. Cantegrit qu'il convient de supprimer le paragraphe II de son amendement, du fait que cette disposition n'entraîne aucune perte de recettes.

M. Jean-Pierre Cantegrit. Je rectifie donc mon amendement en supprimant le paragraphe II, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 139 rectifié.

Je le mets aux voix.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 17.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Pour l'année 2008, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et par branche à :

(*En milliards d'euros*)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Maladie	175,5
Vieillesse	175,5
Famille	57,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	414,9

2° Pour le régime général de sécurité sociale et par branche à :

(*En milliards d'euros*)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Maladie	151,1
Vieillesse	89,1
Famille	56,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,3

3° Pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Fonds de solidarité vieillesse	14,8
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,2

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. L'article 18 porte sur les prévisions de recettes du budget de la sécurité sociale. Vous en conviendrez avec moi, il y a peu de nouvelles recettes, ce que reconnaît d'ailleurs M. Alain Vasselle. La principale a en effet pour origine le projet de loi de finances.

Si les nouvelles recettes sont rares, les exonérations de charges, elles, sont fort nombreuses et, au final, très coûteuses.

Les recettes, quant à elles, sont à la fois insuffisantes et injustes.

Elles sont insuffisantes, car elles ne répondent pas aux besoins humains et sociaux. Vous ne tenez pas compte de l'évolution de notre société et ne retenez de celle-ci que l'allongement de l'espérance de vie pour justifier le passage au quarante et une annuités.

Vous ignorez, par exemple, l'augmentation considérable du prix de certains traitements, l'accroissement du reste à charge pour les malades, l'inflation toujours plus importante des tarifs journaliers des maisons de retraités. Au final, votre faible augmentation de 4,9 % par rapport à 2007 ne fait pas le compte.

Les recettes sont injustes, car, comme nous n'avons eu de cesse de le répéter depuis deux jours, ce sont sur les malades, les retraités, que reposeront les plus grands efforts financiers. J'ai compté depuis deux jours le nombre de recettes nouvelles que vous avez refusé de créer ; pas moins de six ! Une taxation plus importante des stock-options, une taxation sur les boissons sucrées, sur les bénéfices des laboratoires pharmaceutiques, un élargissement aux bénéfices boursiers et bancaires de l'assiette des cotisations, la modulation des cotisations AT-MP, le refus de la suppression des exonérations de charges sociales... J'en oublie sans doute, mais il m'est impossible de tenir la liste à jour !

Pour vous, il n'y a pas d'autres ressources possibles que cette taxe sur les malades. Nous vous avons prouvé le contraire.

Si, comme on l'entend, gouverner c'est prévoir, alors on devine ce que le Gouvernement fait : rien ou si peu ! Il intervient de manière fort conjoncturelle en utilisant, par exemple, une batterie de techniques bien connues de votre majorité : les transferts.

Les comptes du FSV et du FFIPSA en gardent les séquelles.

À cela s'ajoutent vos prévisions irréalistes – pour ne pas dire insincères, mais nous n'avons que trop dénoncé cet état de fait – concernant les recettes, établies à partir d'estimations de croissance fort généreuses, qui paraissent totalement décalées par rapport aux analyses les plus honnêtes.

Je souhaite encore dénoncer les mesures dites « à un coup », que votre majorité ne cesse d'utiliser, jusqu'à ce qu'elle n'en trouve plus... Mais je suis persuadé que vous ferez preuve

d'imagination dans ce domaine, monsieur le ministre ! En 2006, c'était une attaque sur les plans d'épargne logement ; aujourd'hui, vous imaginez le prélèvement à la source sur les dividendes ; demain, comme le suggère M. Marini, ce sera peut-être la taxation des livrets A, comptes d'épargne de ces « nantis » de salariés et de retraités qui parviennent difficilement à économiser la mirifique somme de 15 300 euros, plafond fixé à cette épargne. Pour ma part, je ne possède que ce genre d'épargne, eh oui !

Le Président de la République devrait se rappeler que lui incombe une responsabilité particulière, celle de garantir le devenir de notre système de protection sociale. Lui qui refuse que l'État s'endette et demande aux ménages de le faire, lui qui n'a de cesse de vanter la notion de responsabilité devrait enfin se comporter à l'égard de nos concitoyens et de la sécurité sociale comme un « bon père de famille », pour reprendre des termes chers à M. le rapporteur et à M. le président de la commission des affaires sociales.

Au début du débat, je me souviens d'avoir entendu un de nos collègues de l'UMP demander que, après le diagnostic, on lui présente l'ordonnance. C'est chose faite ; pourtant, vous n'avez rien voulu entendre. Notre régime de protection sociale n'est pourtant pas un malade imaginaire. Les Français comprendront donc que vous avez sciemment fait le choix de laisser mourir notre système, dans l'attente de futurs mauvais coups.

C'est pour cette raison que nous ne pourrions absolument pas approuver l'article 18, qui, de toute évidence, ne correspond pas à la réalité, comme nous aurons l'occasion de nous en rendre compte dans les semaines et les mois à venir.

M. le président. Je mets aux voix l'article 18.

(L'article 18 est adopté.)

Article 19

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES	OBJECTIFS DE DÉPENSES	SOLDE
Maladie	175,5	179,5	-4,0
Vieillesse	175,5	179,7	-4,2
Famille	57,1	56,8	0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	11,8	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	414,9	422,5	-7,6

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer !

M. Guy Fischer. L'article 19 présente le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Comme nous l'avons fait sur l'article 18, nous voterons bien sûr contre cet article, considérant qu'il n'est pas acceptable de se contenter d'une situation de déficit pour deux branches sur quatre. Qui plus est, vous annoncez que la branche famille et la branche AT-MP, accidents du travail et maladies professionnelles, seront excédentaires, ce dont nous doutons fortement. Nous avons en effet déjà largement discuté des perspectives qui s'offrent à elles.

Nous contestons également, invoquant la sincérité des projections, le chiffre de 7,7 milliards d'euros pour le déficit, toutes branches confondues, considérant que les ressources nouvelles, qui sont inexistantes, et les ressources actuelles ne suffiront pas pour économiser 3,7 milliards d'euros, même en ayant recours aux franchises.

Par ailleurs, vos prévisions en matière d'emploi sont pour le moins fantaisistes. Si nous vous suivons dans votre raisonnement, la France parviendrait, dans les domaines de l'emploi et de l'économie, à faire mieux que l'Allemagne, qui la devance pour l'instant. Il faudra nous expliquer comment vous comptez inciter à la création d'autant d'emplois nouveaux, alors que, dans le même temps, vous n'avez cessé de développer les heures supplémentaires non créatrices d'emplois. Il s'agit en effet de gagner plus en travaillant plus, mais pas de créer des emplois ! Ne vous y trompez pas, si certains salariés sont demandeurs de telles mesures, c'est que les salaires sont trop bas et ne suffisent plus pour vivre. Le problème du pouvoir d'achat est d'ailleurs au cœur des négociations en cours entre les organisations syndicales et le Gouvernement.

Si vous rechignez à chercher de nouvelles recettes, vous redoublez d'efforts lorsqu'il s'agit de réduire – et non plus seulement d'encadrer – les dépenses. C'est sur la branche maladie que se concentrent vos efforts, avec le recours aux franchises médicales, qui devraient permettre, selon vous – mais nous sommes en désaccord concernant les effets de cette mesure –, de réaliser 650 millions d'euros d'économie. Vous voulez mettre en œuvre ce que vous appelez la « maîtrise médicalisée »

En fait de quoi s'agit-il ? Vous annoncez, dans des termes bien polis, pour ne pas provoquer d'affolement, que la population sera encore davantage mise à contribution, alors que, déjà, pêcheurs, enseignants, étudiants, gaziers, associations de malades et routiers s'organisent contre vos projets. Seuls les chauffeurs de taxi n'ont d'ailleurs pas obtenu tout ce qu'ils voulaient !

En conséquence, nous voterons contre l'article 19 du projet de loi.

M. le président. Je mets aux voix l'article 19.

(L'article 19 est adopté.)

Article 20

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	151,1	155,2	-4,1
Vieillesse	89,1	94,3	-5,2
Famille	56,7	56,4	0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8	10,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,4	311,1	-8,8

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

M. Bernard Cazeau. Vous avez certainement tous en mémoire les critiques que les membres du groupe socialiste et apparentés, notamment Mmes Raymonde Le Texier,

Michèle San Vicente-Baudrin et moi-même, ont formulées contre l'ensemble de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale au cours de la discussion générale.

J'exprime donc notre opposition à cet article 20, qui présente le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale.

M. le président. Je mets aux voix l'article 20.

(L'article 20 est adopté.)

Article 21

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds solidarité vieillesse	14,8	14,2	0,6
Fonds de financement des presta- tions sociales des non-salariés agricoles	14,2	16,8	-2,7

M. le président. La parole est à M. Claude Domeizel, sur l'article.

M. Claude Domeizel. L'article 21 est l'illustration de la politique de gribouille conduite depuis 2002 par les gouvernements de MM. Raffarin et de Villepin, concernant deux fonds qui influent directement ou indirectement sur l'ensemble des régimes et, bien entendu, sur le budget de l'État : je veux parler du FSV, le Fonds de solidarité vieillesse, et du FFIPSA, le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.

Le FSV a certes connu une légère amélioration de ses comptes, mais il continue à alourdir les charges de la branche vieillesse. Cette situation est d'autant plus paradoxale, monsieur le ministre, que, comme l'a rappelé la Cour des comptes, l'équilibre financier est, pour le FSV, une obligation inscrite dans la loi. Pour répondre à cette obligation, on ne trouve rien de mieux que de transférer l'ardoise à la CNAVTS, la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Quant au FFIPSA, il accuse – et c'est encore plus grave – un déficit cumulé dont l'origine remonte à l'héritage négatif de l'ancien BAPSA, le budget annexe des prestations sociales agricoles. Ce « trou », souvent ignoré du grand public et que l'État aurait dû combler, s'agrandit chaque année à concurrence de 1,7 milliard d'euros et devrait dépasser les 6 milliards d'euros en 2007.

Aujourd'hui, ce déficit structurel s'est installé et, malheureusement, le mauvais rapport démographique entre cotisants et retraités, ainsi que la nature des ressources ne permettent pas d'espérer un retour à l'équilibre des comptes de ce fonds.

Très vite, le solde négatif annuel sera non plus de 1,7 milliard d'euros, mais de 3 milliards d'euros, si bien que, en 2010, échéance qui n'est pas très éloignée, on doit s'attendre à un déficit cumulé de 14 milliards d'euros, soit 80 % du budget du fonds. Incroyable, mais vrai !

Le régime agricole est obligé, pour financer les déficits cumulés, de recourir à l'emprunt, dont les intérêts viennent, vous l'avez deviné, alourdir ses charges.

Confronté à cette situation, le Gouvernement s'abrite derrière une règle n'autorisant l'État à intervenir pour rétablir l'équilibre budgétaire que le « cas échéant ». Or, monsieur le ministre, depuis la création du FFIPSA, ce « cas échéant » est bel et bien là, et de façon encore plus sensible aujourd'hui !

Cette attitude, dénoncée par la Cour des comptes, est inacceptable. Le régime agricole est le régime obligatoire qui recourt le plus massivement à des découverts bancaires pour assurer le paiement des prestations dues à ses assurés.

L'an dernier, le gouvernement avait trouvé une solution en créant un groupe de travail !... Le rapport élaboré, après plusieurs réunions, par ce groupe de travail, présidé par M. Chadelat, n'a pas permis de dégager une seule solution. Vous en êtes passivement resté là, monsieur le ministre, avec cette réserve que vous auriez payé une petite partie de ce qui est dû par l'État.

Bien que la Mutualité sociale agricole ait décidé d'adopter un plan d'économies drastique, la situation demeure préoccupante, comme le prouve le tableau annexé à l'article 21. Une fois de plus, les assurés sont les seuls à payer les conséquences du désengagement de l'État.

Permettez-moi de rappeler que, l'an dernier, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, M. Dominique Bussereau, à l'époque ministre de l'agriculture, avait publiquement assuré que l'État n'abandonnerait pas le régime de protection sociale agricole. Mais c'était au mois de novembre 2006, avant les échéances électorales de 2007 !

Huit mois après ces déclarations, qui se voulaient rassurantes, que s'est-il passé ? Rien qui puisse sensiblement redresser les comptes ! Toutefois, nous avons appris la démission du président du conseil d'administration du FFIPSA, démarche qu'avait déjà accompli le président du FSV.

Ces démissions successives de présidents qui, de toute évidence, n'ont pas voulu cautionner de telles dérives, sont pour le moins inquiétantes.

M. Nicolas About, *président de la commission des affaires sociales*. Ils avaient autre chose à faire, c'est tout !

M. le président. La parole est à Mme Gisèle Printz, sur l'article.

Mme Gisèle Printz. À la suite de l'intervention de mon collègue Claude Domeizel, je limiterai mon propos à la situation que connaît et devrait connaître le Fonds de financement des prestations sociales agricoles créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004.

La situation actuelle et le devenir du FFIPSA sont des sujets majeurs qui, depuis plus de quatre ans, sont source de grandes inquiétudes au sein du monde rural, chez les 27 000 délégués et 2 000 administrateurs de la MSA, mais également sur nos travées.

Conformément aux dispositions de l'article L. 731-4 du code rural, le FFIPSA dispose de diverses sources de financement, notamment les cotisations des assujettis, la part de la CSG affectée à ce régime, les financements publics que sont les impôts, taxes et amendes affectés, ainsi que les droits sur la consommation de tabac, la subvention d'équilibre du budget d'État, le versement du solde de compensation démographique, les contributions et subventions de la Caisse nationale des allocations familiales, du Fonds spécial invalidité et du Fonds de solidarité vieillesse.

Le montant de ces ressources s'élevait à 15 milliards d'euros au titre de l'exercice 2006. Dans l'article 21 du présent projet de loi, le Gouvernement indique que le FFIPSA, déjà déficitaire en 2007, le sera également en 2008, avec un solde négatif de 2,7 milliards d'euros, soit, comme le rappelle notre rapporteur M. Vassel, un montant encore supérieur à ceux qui ont été enregistrés en 2006 et 2007, respectivement 1,3 milliard et 2,3 milliards d'euros.

Ainsi, dès l'année prochaine, le déficit cumulé atteindra 8,3 milliards d'euros et, si aucune mesure n'est prise, 15 milliards d'euros, auxquels s'ajoute le poids des taux d'intérêt.

À la fin de la législature, cette dette représentera plus de 80 % du fonds !

La situation est telle que le FFIPSA ne peut compléter le financement des prestations agricoles gérées par les caisses de la MSA qu'en demandant à la caisse centrale de la mutuelle de contracter un emprunt de plus de 3,1 milliards d'euros afin de financer son propre découvert.

Or, comme le rappelle la Cour des comptes à juste titre, le FFIPSA ne peut pas faire face à ses engagements !

Ce déficit, ne l'oublions pas, est très directement lié au non-versement par l'État de la subvention d'équilibre versée au BAPSA et supprimée lors du passage au FFIPSA.

Je rappelle également que, dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, notre rapporteur M. Vassel estimait que, malheureusement, cette situation constituait non pas une mauvaise passe, mais bien un problème pérenne. En séance, il avait indiqué que ces difficultés confirmaient que le FFIPSA ne pourrait pas atteindre l'équilibre sans subvention d'État. Il avait raison, mais il n'a pas été entendu à l'époque. Du reste, il ne l'est toujours pas aujourd'hui.

En effet, le Gouvernement, comme le précédent, s'abrite derrière une règle n'autorisant l'État à intervenir pour rétablir l'équilibre budgétaire que « le cas échéant ».

Or la situation a d'ores et déjà une incidence sur le quotidien des assurés sociaux.

Ainsi, à la suite de l'avis rendu, le 29 mai dernier, par le comité d'alerte de l'assurance maladie, la Mutualité sociale agricole a décidé, le 19 juin, d'adopter un plan d'économies draconien, représentant un montant prévisionnel de 1,36 milliard d'euros. Les représentants de la Mutualité sociale agricole que nous avons récemment rencontrés nous ont fait part de leurs inquiétudes.

Face aux conséquences du désengagement répété de l'État, à terme, ce sont certains volets de la politique développée par les caisses de la MSA, notamment tout ce qui touche à la prévention, mais également les investissements effectués dans le secteur de la petite enfance, qui pourraient se voir remis en cause.

En la matière, il ne suffit pas de déclarer, lors d'une campagne électorale, que le montant de la plupart des pensions versées n'est pas « digne de la reconnaissance qu'une nation doit à ses agriculteurs et qu'une revalorisation significative est indispensable ». Encore faut-il prendre les mesures idoines. Or, cette année encore, tel n'est pas le cas.

Reste que, cette année, l'État apurera la dette de l'ancien BAPSA, soit 619 millions d'euros. Il était temps ! Mais tout en contribuant à réduire d'autant le plafond d'avance de trésorerie pour 2008, cette mesure est bien insuffisante au regard des défis que doit relever le secteur.

Le Gouvernement nous assure que le FFIPSA est un de ses sujets de préoccupation majeurs. À cet égard, il a pris l'engagement de trouver, dès 2008, des solutions qui soient pérennes et non pas « un simple bricolage », comme l'affirmait récemment le ministre du budget. Ainsi, rendez-vous est pris pour le premier semestre prochain.

Néanmoins, chacun sait que la Cour des comptes, dans son dernier rapport, propose de supprimer le régime agricole, considérant que ce dernier ne dispose ni des actifs ni des ressources propres lui permettant de faire face à ses engagements.

Certes, les ressortissants du régime agricole ne peuvent assumer seuls ces déficits. En outre, le recours à l'emprunt, considérablement alourdi par les taux d'intérêt, ne constitue pas une solution raisonnable.

C'est pourquoi j'interroge le Gouvernement : quelle est donc la logique qu'il poursuit et que compte-t-il faire pour garantir un équilibre durable des comptes du régime des exploitants agricoles ? Entend-il procéder à la suppression du FFIPSA ? Envisage-t-il de trouver des recettes nouvelles et, le cas échéant, lesquelles ? Veut-il augmenter l'effort contributif des exploitants agricoles ?

Monsieur le ministre, vous ne pouvez pas demeurer plus longtemps inerte face à l'ampleur des enjeux.

Soutiendrez-vous les acteurs de la protection sociale agricole, qui font preuve de responsabilité, de détermination pour le bien commun et qui œuvrent pour une protection sociale solidaire et conforme aux principes édictés voilà soixante ans ?

Ou bien allez-vous inscrire le régime social agricole dans la logique purement individuelle selon laquelle chacun recevra en fonction de ses moyens et non plus de ses besoins ?

En tout état de cause, cet article n'offre aucune perspective d'amélioration. Votre refus coupable de verser une subvention d'équilibre ainsi que vous y autorise la loi est inacceptable, et nous le condamnons avec détermination.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. Après ce qui vient d'être dit, mon intervention sera brève.

Nous sommes un certain nombre de parlementaires à participer chaque année aux réunions organisées par la MSA. Elles nous permettent de mesurer les difficultés et le désarroi du monde agricole, et surtout de constater l'absence de réponse de l'État.

Certes, M. le ministre nous a dit que, en 2008, des solutions pérennes seraient mises sur pied après concertation avec les différents partenaires. Nous ne demandons qu'à le croire.

Pourtant, aujourd'hui, qu'il s'agisse du paiement de 619 millions d'euros ou de l'octroi d'une subvention d'équilibre pour le régime des retraites, le problème reste entier.

En 2007, le FFIPSA est déficitaire de 2,3 milliards d'euros. Dans l'hypothèse la plus favorable, ce déficit ne cessera de croître pour atteindre une dette cumulée de 18,9 milliards d'euros pour la période 2006-2012.

La question fondamentale est donc bien de mettre en œuvre des mesures structurelles pour éviter que cette dette ne devienne abyssale.

C'est bien parce qu'il s'agit du monde agricole que l'on en arrive à cette situation, qui a été soulignée par Claude Domeizel : le déficit représente 80 % du fonds ! Or, comme nous le savons, il tient en grande partie au fait que l'État a supprimé la subvention d'équilibre versée chaque année au BAPSA, à partir du moment où ce dernier a été remplacé par le FFIPSA.

À plusieurs reprises, et pas plus tard que l'an dernier dans cette même enceinte, nous avons eu l'occasion de condamner un tel désengagement de l'État. Compte tenu du déficit démographique, il est pourtant évident que le régime agricole ne peut survivre sans la solidarité nationale.

Le candidat Nicolas Sarkozy, prodigue en effets d'annonce, a fait de nombreuses promesses : il s'est ému des pensions de misère des agriculteurs affirmant que cette situation n'était pas digne de la reconnaissance qu'une nation doit à ses agriculteurs. Qu'en est-il aujourd'hui ? En réalité, c'est à la France qui travaille que le Président a fait des promesses qu'il ne tient pas.

Lorsque la Cour des comptes réitère sa recommandation de suppression du FFIPSA, le problème de la pérennité des retraites agricoles n'en est pas réglé pour autant. Comment imaginer, en effet, que 350 000 actifs pourraient financer les pensions de 2 millions de retraités, même si deux retraités sur trois perçoivent des retraites bien inférieures au minimum vieillesse à l'issue d'une carrière complète dans l'agriculture. C'est dire si la loi de 2003, aux termes de laquelle aucune pension ne devait être inférieure à 85 % du SMIC, était incantatoire !

Il faut garantir par la loi l'équilibre du FFIPSA en obligeant l'État à lui verser une subvention d'équilibre. Pour ce faire, il y aurait un moyen : mettre à contribution les bénéficiaires colossaux des grands groupes de l'industrie agro-alimentaire, notamment.

M. le président. L'amendement n° 296, présenté par M. Fischer, Mme David, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Il est défendu.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Fischer, nous avons tous compris que vous étiez inquiet quant à la situation financière du FFIPSA.

Cependant, vous savez très bien que votre amendement serait inopérant, car ce n'est pas la suppression de cet article qui réglerait miraculeusement la situation du FFIPSA.

M. Guy Fischer. Certes !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cela étant, vous avez posé les bonnes questions ! Mais vous n'êtes pas les premiers à les poser : nous les avons déjà posées l'année dernière, ainsi que l'année précédente.

M. François Autain. Et alors ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Le Gouvernement avance pas à pas. Au moins, il a réussi à honorer la dette du BAPSA, même si cela a été laborieux. À cet égard, je remercie Éric Woerth d'avoir eu ce premier geste en prenant ses fonctions.

Maintenant, il importe de régler le flux.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Le flux et le reflux ! (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'espère qu'il n'y aura pas trop de reflux ! (*Nouveaux sourires.*)

Le ministre a déjà esquissé quelques pistes sur lesquelles nous allons travailler au cours de l'année 2008.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

M. Éric Woerth, ministre. À l'évidence, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

S'agissant du FFIPSA, je souligne que le Gouvernement prend un engagement plus précis que par le passé en fixant une date et un calendrier de travail. L'alourdissement de la dette de cet organisme est une question lancinante, que j'ai bien l'intention de régler de façon pérenne.

M. Jean-Marc Juillard. Très bien !

M. Éric Woerth, ministre. Plusieurs pistes de solutions sont possibles. Nous étudierons ensemble celle qui pourra être retenue.

Une petite partie du problème a été effectivement réglée, s'agissant de la dette initiale du BAPSA, et je remercie M. le rapporteur de l'avoir noté. Mais, bien entendu, le plus important reste encore à faire !

Quant au FSV, il devrait profiter de l'amélioration de la situation du chômage en France, puisque la moyenne mensuelle s'établit à 8,1 % au sens du Bureau international du travail.

M. Guy Fischer. C'est encore énorme !

M. Éric Woerth, ministre. On peut tout de même se satisfaire parfois de résultats positifs ! Si ce taux de chômage avait été enregistré voilà quatre ou cinq ans, tout le monde aurait été très heureux d'une nouvelle aussi extraordinaire !

M. Michel Bécot. Eh oui !

M. Éric Woerth, ministre. Certes, ce résultat n'est pas suffisant, mais nous allons nous efforcer d'aller plus loin dans les années qui viennent, conformément à l'objectif fixé par le Président de la République.

La masse salariale étant plus importante, le FSV reviendra à l'équilibre. Nous verrons ultérieurement ce à quoi nous pourrions affecter les surplus qu'il dégagera éventuellement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. J'en reviens au FFIPSA, qui, depuis 2005, alimente la chronique et galvanise les énergies. L'affaire a même eu raison d'Yves Censi, le président de son conseil de surveillance, où je siège moi-même en tant que membre de la commission des finances du Sénat. Bien qu'il me soit arrivé de m'affronter à lui, je dois dire qu'il s'était beaucoup impliqué dans ses fonctions, et je regrette son départ.

Comme l'a rappelé M. le rapporteur, votre premier geste, monsieur le ministre, a été d'apurer la dette de 619 millions d'euros qu'avait l'État envers le FFIPSA au titre de sa dette ancienne envers le BAPSA. Toutefois, ce n'est pas à vous, monsieur le ministre, qui êtes chargé des comptes publics que je rappellerai que c'est tout de même une petite astuce du ministre des finances de l'époque qui a modifié la nature

des recettes du BAPSA. Bref, considérons qu'il y a prescription... J'ai d'autant plus de mérite à le dire que la première fois que j'ai siégé au conseil de surveillance, l'aréopage qui constitue le FFIPSA m'a vaguement soupçonné, moi élu francilien, de ne venir que pour prendre part au mauvais sort auquel on le destinait.

Les agriculteurs méritent un meilleur traitement. Ils ont fait des efforts ; peut-être devront-ils en faire d'autres. En tout état de cause, il faudra régler cette affaire malheureuse, qui n'a que trop duré.

M. François Autain. Il y a des années qu'on dit cela, mais il ne se passe rien !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Je sais bien, mais je fais confiance à M. le ministre, qui a fait montre de sa bonne volonté.

Chaque année, le FFIPSA enregistre un déficit de plus de 2 milliards d'euros. Lors de l'examen de l'article 24, j'aurai l'occasion d'évoquer la situation de trésorerie de l'ACOSS. Mais, s'agissant du FFIPSA, des décisions fortes doivent être prises pour alléger sa dette, qu'il traîne comme un boulet. Je conviens que ce n'est pas facile, monsieur le ministre, mais nous sommes à votre disposition pour vous y aider.

M. le président. La parole est à M. Claude Domeizel, pour explication de vote.

M. Claude Domeizel. Monsieur le ministre, nous ne pouvons nous contenter de la réponse que vous venez de nous faire.

Admettons que vous ayez épongé la dette du BAPSA.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais c'est la réalité !

M. Claude Domeizel. Vous ne l'avez épongée que partiellement ! Mais admettons que vous l'avez totalement épongée. Le FFIPSA enregistre chaque année un déficit de 1,7 milliard d'euros. Pour l'année 2008, il se montera à 3 milliards d'euros. En 2010, le trou représentera 80 % de ce fonds.

Vous nous dites, monsieur le ministre, que vous allez y réfléchir, qu'il faut faire quelque chose. Allez-vous constituer un nouveau groupe de travail, à l'image de celui qui a été créé en 2006 sous la présidence de Jean-François Chadelat ? Ce serait une réponse inacceptable. Cette situation est mal connue du grand public. Il serait bon d'en faire la publicité, de faire savoir que les retraites qui sont actuellement versées aux agriculteurs par le FFIPSA sont financées par l'emprunt. Payées par nos enfants aujourd'hui, elles le seront demain par nos petits-enfants si rien ne change. C'est anormal et je ne peux, pour ma part, me satisfaire de votre réponse, monsieur le ministre.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 296.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 21.

(*L'article 21 est adopté.*)

Article 22

I. – Pour l'année 2008, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,8 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2008, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Prélèvement social 2 %	1,7
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse	-
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse	-
Avoirs d'assurance sur la vie en désérence	-
Revenus exceptionnels (privatisations)	-
Autres recettes affectées	-
Total	1,7

– (Adopté.)

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

I. – Après l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-6-1. – Les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État définit les compétences respectives des organes de direction et de l'instance délibérative compétente, et précise leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes prévues aux articles L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières et L. 114-8 du présent code. »

II. – L'article L. 114-8 du même code est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités de tutelle compétentes et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.

« Les autorités de tutelle et l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités de tutelle et l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

« Les autorités de tutelle et l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.

« Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme tout fait concernant l'organisme ou

toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

« 1° À constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;

« 2° À entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.

« La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6.

« La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article. »

M. le président. L'amendement n° 16, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Dans le deuxième alinéa du II de cet article, remplacer les mots :

aux autorités de tutelle compétentes et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme

par les mots :

aux autorités administratives compétentes

II. – Dans les troisième et quatrième alinéas du même II, remplacer (trois fois) les mots :

Les autorités de tutelle et l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme

par les mots :

Les autorités administratives compétentes

III. – Dans le cinquième alinéa du même II, remplacer les mots :

aux autorités de tutelle et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme

par les mots :

aux autorités administratives compétentes

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

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

M. Éric Woerth, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 16.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 23, modifié.

(L'article 23 est adopté.)

Article additionnel après l'article 23

M. le président. L'amendement n° 145, présenté par MM. Domeizel, Godefroy et Cazeau, Mme Demontès, Le Texier, Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin,

Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'article 23, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'antépénultième alinéa (9^o) de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Les frais financiers ».

II. – Après l'avant-dernier alinéa (10^o) de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...^o Le produit des emprunts contractés par le fonds ».

La parole est à M. Claude Domeizel.

M. Claude Domeizel. Cet amendement se situe dans le droit fil de mon intervention sur l'article 21. Outre le FFIPSA, le FSV devrait lui aussi présenter chaque année une situation en équilibre. Or cette obligation légale n'est pas respectée, comme l'a relevé la Cour des comptes. Ainsi, « l'ardoise » échoit à la CNAV, qui, elle-même en situation déficitaire, doit recourir à l'emprunt pour s'acquitter de ces charges qui lui sont imposées.

Il faut rendre les choses plus claires et plus lisibles. S'il est interdit au FSV d'emprunter, il faut l'y autoriser et prévoir qu'il inscrive dans ses recettes le produit de ses emprunts et dans ses dépenses ses annuités d'emprunt. Tel est l'objet de cet amendement. Il n'est pas normal que la CNAV continue à payer, ce qu'elle fait depuis maintenant plusieurs années, les intérêts d'emprunt dus par le FSV.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous sommes d'accord sur ce constat. Cela fait d'ailleurs quelque temps que, au nom de la commission des affaires sociales, je dénonce cette situation. Néanmoins, celle-ci ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui si M. Jospin et Mme Aubry n'avaient pas créé le fameux Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, le FOREC, avec ses multiples tuyauteries. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC. – Marques d'approbation sur les travées de l'UMP.*)

Je suis bien obligé de vous rafraîchir la mémoire ! Je conviens que ce rappel n'est pas agréable à entendre, mais il faut que vous assumiez.

Cela étant, monsieur Domeizel, je ne suis pas favorable à votre amendement. S'il était adopté, nous affaiblirions le conseil d'administration du FSV quant à l'état qu'il présente chaque année. Comme vous l'avez dit très justement, le Gouvernement devrait veiller à ce que les comptes soient équilibrés et, si le FSV pouvait recourir à l'emprunt, ses problèmes de trésorerie et ceux de la CNAV seraient certes réglés, mais les comptes n'en continueraient pas moins d'être déséquilibrés.

Si cette configuration n'est pas satisfaisante, elle nous permet au moins de rappeler chaque année au Gouvernement que la situation ne peut pas durer.

En définitive, ces frais financiers sont pris en charge et gérés par l'ACOSS. Je sais que M. Autain s'appête à défendre un amendement visant à ramener de 36 milliards d'euros à 28 milliards d'euros son plafond d'avance maximum pour appeler de nouveau l'attention sur le montant cumulé de la dette.

Nous avons tous conscience de cette situation. Le Gouvernement entend sans cesse nos remarques et nos observations. Je crois pour ma part que M. Woerth, en tant que ministre des comptes publics, a démontré sa volonté d'avancer sur ce dossier. Vous comprendrez, monsieur Domeizel, que la majorité sénatoriale lui fasse *a priori* plutôt confiance et qu'elle ne vous suive pas.

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

M. Éric Woerth, ministre. Le Gouvernement émet également un avis défavorable sur cet amendement.

Le FSV doit évidemment pouvoir recourir à l'emprunt par le biais de l'ACOSS, qui supporte ses déficits cumulés. Ceux-ci se montent à ce jour à 5 milliards d'euros. Toutefois, la baisse du nombre de chômeurs doit conduire à une augmentation des recettes du FSV et à une diminution de ses dépenses. Celui-ci va donc revenir à meilleure fortune. Les futurs excédents seront évidemment affectés au remboursement de la dette dont il est à l'origine.

M. le président. La parole est à M. Claude Domeizel, pour explication de vote.

M. Claude Domeizel. La réponse que nous a faite M. le rapporteur n'est pas satisfaisante. Puisqu'il a tenu à remonter au FOREC, je lui rappellerai que les comptes de la sécurité sociale étaient déficitaires de 54 milliards de francs en 1997, qu'ils étaient équilibrés en 2002 et qu'ils sont aujourd'hui déficitaires de 50 milliards d'euros. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. François Autain. Parfaitement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 145.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 24

Sont habilités à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(*En millions d'euros*)

	MONTANTS LIMITES
Régime général	36 000
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	8 400
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	250
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	400
Caisse nationale des industries électriques et gazières	550
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	1 700

M. le président. La parole est à M. François Autain, sur l'article.

M. François Autain. Mon intervention vaudra défense de l'amendement n° 297.

Cet article n'est pas le plus grave qu'il nous ait été donné d'étudier dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Bien au contraire, notre groupe considère qu'il atteste la justesse de nos propos. J'en viens même à me demander s'il n'a pas été rédigé dans le but, une nouvelle fois, d'apporter de l'eau à notre moulin.

Que prévoit-il en effet ? Il prévoit tout simplement, si je puis dire, d'autoriser le recours à des ressources non permanentes – des emprunts, en réalité – pour couvrir les besoins des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.

Or si des besoins ne sont pas satisfaits, c'est bien parce que les politiques menées aujourd'hui n'y répondent pas suffisamment.

Avant de développer mon argumentation, je voudrais vous poser une question, monsieur le ministre.

Lors de la campagne présidentielle, j'avais cru comprendre que votre candidat se refusait à faire peser sur les générations futures les dettes actuelles. N'est-ce pourtant pas ce que vous proposez ? Il me semble qu'il y a des propos d'avant élection et d'autres...

M. Guy Fischer. D'après élection !

M. François Autain. ... d'après élection, en effet.

Comment peut-on arriver à faire le lien entre les deux ? Sans doute, monsieur le ministre, nous l'expliquerez-vous tout à l'heure.

Je ne reviendrai pas sur un sujet que nous avons suffisamment évoqué, à savoir votre politique d'exonérations sociales. Vous n'ignorez tout de même pas que le dispositif Fillon a conduit à une importante baisse des cotisations sociales, puisque ce sont les salaires qui constituent l'assiette de ces dernières.

Je m'interroge également sur l'autorisation d'emprunt accordée à la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF. Cette mesure, qui aura pour conséquence le règlement à crédit des retraites de ces agents, est le prélude, me semble-t-il, à votre réforme des régimes spéciaux, car vous savez bien que celle-ci favorisera l'aggravation du déficit actuel.

Pourtant, les cotisations des cheminots et de la SNCF représentent 38 % des produits de la caisse de retraite de la SNCF contre 54 % pour la contribution de l'État au titre du déficit démographique, la compensation et la surcompensation n'en représentant que 7 %.

Le régime spécial de la SNCF, contrairement à vos dires, ne vit pas des financements issus du régime général et des autres régimes. Ceux-ci participent au contraire largement au financement d'autres caisses. Il me semblerait donc plus opportun, au lieu de procéder à un emprunt – pour lequel il faudra payer des intérêts –, de réaliser une réelle réforme des systèmes de retraites afin de faire cesser le financement d'autres régimes, comme celui des artisans ou des agriculteurs.

Loin de nous l'idée de stigmatiser les agriculteurs, bien au contraire. Nous souhaitons pour eux ce que nous voulons pour les salariés du régime général. À cet égard, permettez-moi de vous suggérer une idée : si vous faisiez le nécessaire afin de permettre aux agriculteurs d'obtenir une juste rémunération, vous leur donneriez la possibilité, d'une part, de vivre plus décemment, et, d'autre part, d'accroître l'assiette de cotisations et donc d'abonder leur caisse de façon significative.

Dès lors, je ne comprends pas comment le Gouvernement peut se réjouir d'avoir négocié de faibles intérêts. C'est un peu comme si vous vous félicitez d'avoir acheté à bon prix un bien dont vous étiez déjà propriétaire. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Monsieur Autain, vous avez beaucoup d'humour quand vous dites que l'article 24 n'est pas plus important que les autres. C'est pourtant un article à 36 milliards d'euros !

M. François Autain. Eh oui !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. D'ailleurs, dans toute votre intervention, vous n'avez pas prononcé une seule fois ce chiffre.

M. François Autain. Je ne m'en souvenais plus !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Quand on aime, on ne compte pas ! (*Sourires.*)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Si vous l'aviez demandé à M. le rapporteur, il vous l'aurait dit.

À la lecture de mon rapport, monsieur Autain, vous pourrez constater que c'est tout de même un record absolu,...

M. Guy Fischer. Il a doublé en deux ans !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis... et cela pour plusieurs raisons.

Plutôt que de se renvoyer la faute les uns sur les autres et d'accuser tantôt l'opposition, tantôt la majorité – s'agissant des 35 heures, on sait peut-être qui est fautif –, il faut admettre que ce sont bien les Français...

M. François Autain. Vous voulez dire qui sont responsables !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis... qui ont dépensé, la sécurité sociale étant une vaste mutuelle, on oublie de le dire.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ces dépenses ont été faites par les Français !

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Cette dépense a été effectuée par les assurés sociaux. Et ce ne sont pas les gouvernements, de gauche ou de droite, qui en sont responsables. Ils essaient au contraire, les uns et les autres, de la réduire.

Monsieur le ministre, nous avons eu hier des divergences de vues à propos de ces 36 milliards d'euros, qui résulteraient de dépenses erratiques au cours de l'année. Celles de la sécurité sociale ne sont pas égales chaque mois et il faut tenir compte des montées en puissance. Mais il existe tout de même une dette résiduelle, qui n'est pas négligeable, puisqu'elle pourrait atteindre, *grosso modo*, une trentaine de milliards d'euros à la fin de l'année 2008.

Lorsque je vous avais dit, lors de différentes interventions, que la CADES pouvait éventuellement être ouverte, vous m'aviez indiqué que c'était possible, mais qu'il existait une différence de *spread*, c'est-à-dire de taux d'intérêt et de coûts, entre la CADES et l'ACOSS. Cela a d'ailleurs déclenché une réaction très feutrée, et le président du conseil d'administration de la CADES a expliqué qu'un *spread* existait nettement en faveur de celle-ci.

La CADES a un autre avantage par rapport à l'ACOSS : elle a pu amortir une partie de sa dette. Je rappelle que, bon an mal an, dans des conditions financières favorables et grâce aux services de l'État, la CADES a amorti depuis sa création près de 36 milliards d'euros sur les 106 milliards ou 107 milliards d'euros qu'elle devait rembourser.

Monsieur le ministre, à partir du moment où l'on obtient des conditions plus acceptables, voire meilleures, à la CADES qu'à l'ACOSS, ne pourrait-on pas, à un moment donné, prendre une décision ? Je ne suis l'agent de personne, bien que je préside le comité de surveillance de la CADES, mais il me semble que, au lieu de laisser en suspens cette dette de presque 30 milliards d'euros, il vaudrait mieux que le Gouvernement apporte une réponse sur la façon de l'amortir.

Je suis déjà avancé en âge et j'ai quelques responsabilités à l'endroit de mes petits-fils, qui auront à supporter les feuilles de maladie que je n'aurai pas pu payer au cours de mon existence. Même si la totalité de la dette, il est important de le dire, ne pourra pas être amortie avant 2021, il faudrait néanmoins que nous nous décidions à agir.

En effet, l'absence de décision coûte 1 milliard d'euros supplémentaire. Si les uns et les autres font apparaître, parfois avec un peu de vivacité, 30 millions d'euros par-ci, 100 millions d'euros par-là, cette dette résiduelle, qui n'est pas transférée et qui ne peut être transférée en l'état à la CADES, génère 1 milliard d'euros de frais financiers.

Monsieur le ministre, en ce qui concerne cet article 24, si l'on se réfère au graphique qui figure dans mon rapport, on s'aperçoit que la situation ne peut plus durer. J'attends que le Gouvernement agisse dans le sens des décisions qui ont déjà été prises pour l'apurement de la dette. Il conviendra, d'une façon ou d'une autre, de faire preuve de pédagogie, car c'est une erreur de penser que les Français ne sont pas capables de comprendre les difficultés que nous connaissons. S'il y a une dette, la contribution au remboursement de la dette sociale, la CRDS, est faite pour la rembourser. Personnellement, je pense qu'il faudrait l'expliquer le plus simplement possible aux Français afin que cette dette n'augmente pas en raison des frais financiers et qu'elle puisse être amortie par la CADES.

(M. Roland du Luart remplace M. Jean-Claude Gaudin au fauteuil de la présidence.)

PRÉSIDENCE DE M. ROLAND DU LUART

vice-président

M. le président. L'amendement n° 297, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans la deuxième ligne du tableau constituant le second alinéa de cet article, remplacer le montant :

36000

par le montant :

28000

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Autain, vous ne serez pas étonné que la commission émette un avis défavorable sur cet amendement. On ne peut tout de même pas limiter l'avance de trésorerie à 28 milliards d'euros, car l'ACOSS connaîtrait alors des difficultés...

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Eh oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur... et nous ne pourrions pas payer à nos concitoyens le remboursement des frais médicaux.

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

M. Éric Woerth, ministre. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 297. Ce chiffre de 36 milliards d'euros s'applique au régime général. Il représente évidemment beaucoup d'argent. Il résulte, vous le savez très bien, du cumul progressif des déficits.

Il va falloir sortir de cette situation, certes, mais avant d'examiner les moyens de le faire, il faut bien se poser la question de l'exploitation, c'est-à-dire des flux permettant d'apurer cette dette. Elle est financée aujourd'hui par l'ACOSS, dans des conditions qui se sont bien améliorées et qui sont tout à fait comparables à celles de la CADES, en dehors de l'amortissement. À échéance donnée, la situation peut varier, mais les conditions sont tout à fait acceptables.

Monsieur Jégou, j'ai bien entendu vos propos et je partage votre opinion. Comment pourrait-il en être autrement ? Simplement, aucune réponse ne peut aujourd'hui être apportée sur ce sujet. Pour l'heure, cette dette est logée à l'ACOSS, et le plafond d'emprunt est augmenté. Nous examinerons par la suite les solutions envisageables pour régler la question de l'amortissement de cette dette.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je suis un peu consterné par les propos qu'ont tenus M. Jégou et M. le ministre, qui n'a pas répondu, je le dis au passage, à la question que je lui avais posée. Comment ce qui est possible au moment des élections ne l'est plus lorsqu'on vient d'être élu ?

Par ailleurs, monsieur Jégou, je ne sous-estime pas l'importance que revêt cet article 24, puisque je ne vais pas le voter ! De votre côté, tout en disant que vous n'êtes pas d'accord avec la façon d'agir du Gouvernement pour occulter la dette, vous ne faites rien pour trouver des ressources.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Près de 5 milliards d'euros, ce n'est pas rien !

M. François Autain. En fait, vous votez le budget et vous êtes d'accord avec tout ce que le Gouvernement propose.

Il ne suffit pas de dire que vous n'admettez pas que la dette soit reportée sur nos enfants si, dans le même temps, vous acceptez l'ensemble des mesures favorisant ce report. On ne sait d'ailleurs pas comment cela se passera. Je ne vois pas comment le Gouvernement réussira à financer une partie de la dette de 2007 sans recourir à la CADES et sans augmenter la CRDS. D'ailleurs, c'est l'une des mesures que suggérerait M. Vasselle dans son rapport pour faire face au besoin de financement dont souffre notre système.

Cette augmentation du plafond d'avance est en fait un moyen tout à fait hypocrite, qui a été dénoncé par le Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie et par la Cour des comptes : c'est le dévoiement du concept de plafond imposé, qui devait à l'origine permettre de faire face aux variations de trésorerie.

Or il n'est plus question de cela en l'espèce. C'est un peu comme si l'on utilisait un prêt-relais pour acheter un appartement. Cette démarche est totalement contraire à toute orthodoxie financière, et je ne comprends pas que l'on continue dans cette voie. Vous pourriez dire que vous avez trouvé cette situation en arrivant au pouvoir. Mais ce n'est pas le cas, et vous ne pouvez en rejeter la responsabilité sur vos prédécesseurs.

Au demeurant, comme vous ne voulez pas revenir sur des pratiques qui sont tout à fait condamnables, vous cherchez à dissimuler la dette de cette façon.

M. Éric Wœrth, ministre. Où pourrions-nous la dissimuler ? Et si cette dette était dissimulée, nous ne serions pas en train d'en discuter, monsieur Autain !

M. François Autain. Bref, vous ne voulez pas assumer votre responsabilité et faire face aux besoins de financement très importants de nos organismes de sécurité sociale. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 297.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 24.

(L'article 24 est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble de la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(La troisième partie du projet de loi est adoptée.)

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 25

I. – Après l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-14-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-14-1-1. – I. – Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

« II. – Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L. O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 est suspendue, après

consultation des parties signataires à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 pendant une durée ne pouvant excéder un mois. À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »

II. – L'article L. 114-4-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, les mots : « et les caisses nationales d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « , les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » ;

2° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots et une phrase ainsi rédigée : « qui sont transmises au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement. »

III. – L'article L. 162-15 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de l'avis mentionné au premier alinéa. »

M. le président. L'amendement n° 430, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Supprimer le I du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

La parole est à M. Paul Blanc.

M. Paul Blanc. Reporter de six mois au moins l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle comportant une revalorisation d'honoraires est inopportun. En quelque sorte, cela décrédibiliserait les acteurs signataires des conventions. Cet amendement va donc dans le sens de la politique conventionnelle.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. L'amendement de Paul Blanc vise à remettre en cause le principe du délai de six mois posé par l'article 25.

Nous n'y sommes pas favorables. En effet, les enseignements du passé nous amènent à considérer qu'il faut d'abord commencer à mesurer les effets de la maîtrise médicalisée avant d'envisager une éventuelle revalorisation des honoraires des médecins. C'est la raison pour laquelle la période de six mois a été introduite dans le présent texte. Même si nous pouvions éventuellement jouer sur une partie du délai, en tout état de cause, nous ne pourrions pas le faire disparaître entièrement.

Mon cher collègue, je suis au regret de vous dire que le Sénat ne pourra pas voter votre proposition, à moins que vous n'ayez réussi à convaincre Mme le ministre que c'est vous qui avez raison et non le Gouvernement dans son texte.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre de la santé, de la jeunesse et des sports*. Le Gouvernement non plus n'est pas favorable à cet amendement.

Monsieur le sénateur, loin de moi l'idée de remettre en cause la mécanique conventionnelle. Les engagements tarifaires pris dans ce cadre seront tenus, mais il convient d'en mesurer l'impact sur les comptes de l'assurance maladie, qui sont très fragiles.

L'article 25 vise à contenir les risques de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, et à limiter l'ampleur d'un éventuel dépassement.

Le délai de six mois me paraît suffisant pour permettre aux partenaires conventionnels d'évaluer la mise en œuvre de ces engagements. Lorsqu'un effort collectif s'impose pour redresser les comptes, il faut que chacun prenne ses responsabilités : c'est la philosophie même de la démarche conventionnelle. Nous en avons eu un bon exemple voilà quelques mois lorsque le comité d'alerte a signalé un dépassement de l'ONDAM.

Les deux volets du dispositif prévu à l'article 25 sont donc indissociables : le report, en cas d'alerte, de l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation ; le délai de six mois, qui, loin d'avoir un effet perturbateur, permet au contraire d'enrichir la démarche conventionnelle.

M. le président. Monsieur Paul Blanc, l'amendement n° 430 est-il maintenu ?

M. Paul Blanc. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 430 est retiré.

L'amendement n° 431, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du II du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

l'entrée en vigueur de toute mesure

par les mots :

la signature de toute nouvelle mesure

et les mots :

est suspendue

par les mots :

est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante

La parole est à M. Paul Blanc.

M. Paul Blanc. Cet amendement porte lui aussi sur la politique conventionnelle.

Il ne faut pas se voiler la face, si l'on ne peut pas mettre en œuvre la politique conventionnelle, il est inutile de s'engager. Dans ces conditions, mieux vaut reporter une éventuelle signature de mesures conventionnelles nouvelles.

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

M. Alain Vasselle, *rapporteur*. Les accords conventionnels ne portent pas sur la seule revalorisation des honoraires des médecins et on ne peut pas bloquer l'ensemble du dispo-

sitif à cause de cette seule revalorisation. La commission ne souhaite donc pas suivre la position de M. Paul Blanc même si, s'agissant de la revalorisation, il a raison.

Je souhaite donc que vous retiriez cet amendement, mon cher collègue. Peut-être Mme la ministre trouvera-t-elle des arguments pour vous convaincre du bien-fondé de ce retrait !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, *ministre*. Monsieur Paul Blanc, souvenez-vous de ce qui s'est passé voilà quelques mois, lorsque le comité d'alerte a signalé un dépassement de 0,75 % des prévisions de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Alors que, pour rétablir les comptes, ou du moins limiter leur dégradation, on demandait des sacrifices à l'ensemble des partenaires de l'assurance maladie, on a augmenté de un euro le tarif des consultations des médecins. Il s'agissait certes de respecter un engagement conventionnel. Mais, dans un tel contexte, il me paraît équitable de suspendre les mesures de revalorisation ou, plus exactement, de les différer, puisque nous invitons les partenaires conventionnels à négocier une nouvelle date d'entrée en vigueur antérieure au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Telles sont les raisons pour lesquelles je vous demande, monsieur Paul Blanc, de bien vouloir retirer votre amendement.

M. le président. Monsieur Paul Blanc, l'amendement n° 431 est-il maintenu ?

M. Paul Blanc. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 431 est retiré.

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

L'amendement n° 419 rectifié, présenté par Mme Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Emorine, Cornu et Pointereau et Mme Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du dernier alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5

par les mots :

à la convention nationale concernée et mentionnée à l'article L. 162-14-1

L'amendement n° 418 rectifié, présenté par Mme Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Cornu et Pointereau et Mme Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout, est ainsi libellé :

I. – Dans la première phrase du dernier alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

mentionnée à l'article L. 162-5

par les mots :

concernée

II. – Dans la première phrase du second alinéa du III de cet article, après les mots :

au 1^o

insérer les mots :

du I

III. – À la fin du III de cet article, remplacer les mots :

l'avis mentionné au premier alinéa

par les mots :

la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel

La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour présenter ces deux amendements.

Mme Catherine Procaccia. L'amendement n° 419 rectifié est un amendement de cohérence. Il ne paraît pas logique de consulter les médecins lorsqu'il s'agit de professions qui ne sont pas régies par leurs conventions.

L'amendement n° 418 rectifié tire les conséquences des modifications qui ont été apportées lors de l'examen du projet de loi par l'Assemblée nationale. La rectification des références répond à un souci de cohérence avec l'article L. 162-15.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable !

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur le fond, je suis d'accord, mais les deux amendements me semblent redondants.

Dans la mesure où je préfère le second au premier, je demande à Mme Procaccia de bien vouloir retirer l'amendement n° 419 rectifié, ce qui me permettrait de donner un avis favorable sur l'amendement n° 418 rectifié.

M. le président. Mme Procaccia, l'amendement n° 419 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 419 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 418 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 298, présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

À la fin de la première phrase du second alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots :

Pendant une durée ne pouvant excéder un mois

La parole est à M. François Autain

M. François Autain. Il m'a semblé que, pour une simple consultation, le délai d'un mois était excessif. En fait, il n'est pas nécessaire de fixer une durée pour la consultation des partenaires syndicaux.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Défavorable.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Favorable.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Dans ces conditions, la commission se rallie à l'avis du Gouvernement. *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 298.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 146 rectifié, présenté par MM. Cazeau, Domeizel et Godefroy, Mme Demontès, Le Texier, Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier, Voynet et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Compléter le deuxième alinéa du texte proposé par cet article pour l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale par une phrase ainsi rédigée :

« Aucune mesure conventionnelle visant à l'augmentation de la tarification des actes ne peut faire l'objet d'une négociation tant que les objectifs de la précédente convention n'ont pas été atteints ».

La parole est à M. Bernard Cazeau

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, mettrait-on un frein à l'application d'un certain nombre de mesures qui, il est vrai, ont été adoptées dans un contexte plus électoraliste ?

Le présent amendement a pour objet d'exclure toute négociation de nouvelles dispositions tant que les engagements dont était assortie la précédente convention n'ont pas été respectés ?

Depuis de nombreuses années, des conventions règlent les engagements des professions de santé avec l'assurance maladie et, depuis la réforme de 2004, avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'UNCAM.

Cependant, on a malheureusement observé, comme cela vient de se produire avec effet au 1^{er} juillet 2007 pour la médecine de ville, qu'une nouvelle augmentation de la rémunération des personnels de santé était accordée alors même que l'engagement conventionnel précédent était loin d'avoir été respecté.

Nous n'allons pas vous faire un procès, madame la ministre. Au contraire, nous pouvons, à cette occasion, vous donner un *satisfecit*, ce qui n'est pas arrivé souvent depuis le début de la discussion de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais, si l'on en croit le syndicat avec lequel vous avez l'habitude, non pas de gérer, mais du moins de discuter de manière approfondie, le Gouvernement ira droit dans le mur s'il continue sur cette voie. Sa menace est précise : « Rappelons qu'après 1995, il y a eu 1997 ! ».

Madame la ministre, nous allons mesurer la dimension de votre courage politique et nous souhaitons que vous puissiez tenir votre position.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Pas de défi !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je partage les objectifs de M. Cazeau. Lorsqu'ont été signés des accords conventionnels, que les professionnels de santé se sont engagés dans la maîtrise médicalisée et que les résultats ne sont pas au rendez-vous, je considère que les intéressés ne peuvent pas demander une revalorisation de leurs honoraires. Il faut assumer ses responsabilités jusqu'au bout.

Néanmoins, mon cher collègue, on ne peut pas rendre automatique le dispositif que vous proposez. Il faut avoir une démarche beaucoup plus pragmatique et laisser sa place à la concertation et à la négociation.

C'est la raison pour laquelle la commission ne peut pas vous suivre. Mais je vous invite à vous tourner vers le Gouvernement. En effet, Mme la ministre, soucieuse de parfaire la rédaction du projet, a accepté l'amendement de M. Autain. Peut-être donnera-t-elle une suite favorable à votre suggestion ?

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Mes bonnes dispositions ne peuvent aller jusque-là, car je ne souhaite pas remettre en cause la gouvernance de l'assurance maladie ni les responsabilités et compétences des différents partenaires.

Il revient aux partenaires conventionnels de fixer des objectifs dans le cadre de leurs accords, d'en examiner la réalisation et d'en tirer les conséquences en termes de revalorisation des honoraires.

Les propos de M. Alain Vasselle sont parfaitement justifiés. La logique de maîtrise médicalisée est vertueuse. Elle constitue une réponse adaptée, d'une part, aux limites de la maîtrise comptable qui, tout le monde le reconnaît, a été à la fois mal acceptée et inefficace et, d'autre part, aux revalorisations sans contrepartie que l'on ne plus accepter aujourd'hui.

Les objectifs de maîtrise médicalisée que se sont fixés l'UNCAM et les médecins ont déjà permis de réaliser des économies importantes. Certes, les objectifs n'ont pas été atteints à 100 %, mais il ne faut pas pour autant jeter l'opprobre sur ce qui a été fait. Il faut au contraire inciter les partenaires conventionnels à poursuivre sur la voie dynamique dans laquelle ils se sont engagés. Ce n'est pas en les stigmatisant, en les punissant, en niant leurs efforts, même s'ils sont insuffisants, que nous y parviendrons.

Je ne souhaite donc pas interrompre cette dynamique en acceptant un amendement aussi contraignant. J'émet donc un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Cet amendement est intéressant, mais je crains qu'il ne soit difficilement applicable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet !

M. François Autain. Certains engagements conventionnels ont donné lieu à des avenants. La Cour des comptes, qui les a recensés, a d'ailleurs souligné que la plupart de ces engagements n'étaient pas complètement tenus.

Si j'ai bien compris, cet amendement tend à interdire toute nouvelle négociation conventionnelle tant que les objectifs de la convention précédente n'auront pas été complètement tenus. En pratique, cela me semble difficilement applicable.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je ne vous le fais pas dire !

M. François Autain. Je prendrai de nouveau l'exemple de cet avenant – il avait fait grand bruit à l'époque ! – dont l'objet était d'encourager les médecins à prescrire en dénomination commune internationale, ou DCI, et à réduire le nombre de lignes sur les ordonnances. L'engagement souscrit alors n'est toujours pas tenu : si cet amendement avait été en vigueur, depuis la signature de l'avenant, on n'aurait pas pu augmenter les honoraires des praticiens !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ni négocié quoi que ce soit d'autre !

M. François Autain. Peut-être a-t-on consenti un peu trop d'augmentations ; il n'en reste pas moins que l'amendement pose un problème d'applicabilité.

Je ne voterai pas contre, parce qu'il part d'un bon principe, mais je m'abstiendrai.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 146 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 420 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Étienne, Cornu et Pointereau et Mmes Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout, est ainsi libellé :

Compléter le I de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« III. – Les dispositions du paragraphe II ne s'appliquent pas lorsque la profession concernée a un taux d'évolution de ses dépenses directes ou induites inférieur au taux d'évolution de l'ONDAM pour l'année considérée. »

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Les dépenses de certaines professions de santé semblent évoluer d'une manière compatible avec l'ONDAM. Nous estimons qu'il faut permettre à ces professions de bénéficier des revalorisations prévues.

Cet amendement vise donc à ce que l'UNCAM soit en mesure de fournir toutes les informations sur les dépenses de la profession concernée.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement, signé par Mmes Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, auxquelles quatre de nos collègues masculins, MM. Cambon, Étienne, Cornu et Pointereau, ont bien voulu se joindre, témoigne du souci de perfection de ses auteurs.

Toutefois, madame Procaccia, vous admettez aisément que l'on ne peut pas suivre les professionnels individuellement pour faire varier l'ONDAM en fonction des résultats de chacun. C'est pourquoi nous ne pouvons pas donner de suite favorable à votre proposition, qui me paraît techniquement difficile à mettre en œuvre, à moins que Mme le ministre, comme à propos d'autres amendements, n'ait la solution qui permettrait de vous donner satisfaction.

Je comprends tout à fait l'objet de votre demande, chère collègue, et ce ne serait que justice de tenir compte de ceux qui sont les plus vertueux et qui se comportent le mieux.

Mme Catherine Procaccia. Tout à fait !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mais je ne sais pas si les moyens dont nous disposons aujourd'hui permettraient d'appliquer l'amendement que vous venez de défendre.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis au regret de devoir également émettre un avis défavorable sur cet amendement.

M. Vasselle a excellemment exposé les problèmes d'application que poserait cet amendement. J'ajoute que nous sommes là dans l'hypothèse où le comité d'alerte estimerait qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 % et que la situation financière est suffisamment grave pour que l'ensemble des revalorisations prévues

soit suspendu. Admettre des revalorisations alors même que le comité d'alerte constate un dérapage serait évidemment impossible !

Pour abonder dans votre sens, madame la sénatrice, je rappelle que cette disposition a été amendée lors de son examen devant l'Assemblée nationale, si bien qu'elle prévoit dorénavant que la suspension des accords n'intervient que pour autant que le dépassement est imputable en tout ou partie à l'évolution du sous-objectif comprenant les dépenses de soins de ville. C'est important ! Imaginons qu'un accord portant sur une augmentation du tarif des consultations des médecins ait été conclu et que le dérapage de l'ONDAM ne soit pas lié à la médecine de ville : l'augmentation s'applique ! Vous avez donc, madame, satisfaction au moins sur ce point.

Je souligne que la suspension d'un accord peut n'être que très provisoire puisque le projet de loi prévoit – et cela figurait déjà dans sa rédaction initiale – la possibilité pour les partenaires conventionnels de fixer une nouvelle date d'entrée en vigueur dans le cours de l'année qui soit compatible avec les efforts indispensables que la situation exige.

Vous pouvez donc constater, madame la sénatrice, qu'il existe toutes sortes de garde-fous qui vont dans votre sens.

M. le président. Madame Procaccia, l'amendement n° 420 rectifié est-il maintenu ?

Mme Catherine Procaccia. Je ne veux pas contraindre mes collègues à prendre parti et je vais retirer cet amendement. Mais je reste persuadée de son bien-fondé.

M. le rapporteur objecte que l'on ne peut pas suivre chaque professionnel individuellement, mais l'amendement ne visait pas chaque individu, il visait une profession dans son ensemble ! Au demeurant, si on invoque une impossibilité technique, je veux bien admettre l'argument. En tout cas, je ne suis pas convaincue que le texte adopté par l'Assemblée nationale réponde parfaitement aux attentes que j'essayais de faire valoir.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur, et Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci !

M. le président. L'amendement n° 420 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 25, modifié.

(L'article 25 est adopté.)

Demande de réserve

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président, je demande la réserve de l'article 26 jusqu'après le dîner.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur cette demande de réserve ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Si Mme la ministre a besoin de prendre des forces pour nous présenter l'article 26 (*Sourires.*), je ne saurais bien entendu m'y opposer. Pour sa part, la commission est prête à défendre ses amendements.

M. le président. Il n'y a pas d'opposition ?...

La réserve est ordonnée.

Article 27

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, fixe les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. »

II. – Le I est applicable à compter du premier jour du sixième mois suivant la date de publication de la présente loi. Les conventions en cours conclues sur le fondement de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi prennent fin à la même date.

M. le président. L'amendement n° 454, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Dans la deuxième phrase du second alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

fixe les tarifs des prestations et

par les mots :

détermine, pour les prestations de transports par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement vise à préciser le nouveau dispositif conventionnel mis en place pour les taxis qui effectuent du transport de malade, en précisant que le tarif de prise en charge par l'assurance maladie, négocié par convention avec les organismes locaux d'assurance maladie, ne peut amener les entreprises de taxi à facturer des prestations à un prix supérieur à ceux qui réglementent la profession. Cela va sans dire, mais cela va sans doute encore mieux en le précisant !

En effet, l'assurance maladie est fondée à fixer le tarif de responsabilité, comme pour les autres prestations ou produits qu'elle rembourse. En l'occurrence, les tarifs de responsabilité, c'est-à-dire de prise en charge par l'assurance maladie, seront plafonnés par les tarifs préfectoraux.

Les transports par taxi sont actuellement plus coûteux que les transports par véhicule sanitaire léger. Les conventions départementales avec les syndicats de taxi prévues à l'article 27 permettront de rapprocher les tarifs de ces prestations équivalentes.

Il me semble que cet amendement pourrait faire l'objet d'un accord assez général de la Haute Assemblée.

M. Guy Fischer. Gare aux manifestations !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Pour être agréable à Mme la ministre, j'émettrai un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 454.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 27, modifié.

(L'article 27 est adopté.)

Article 28

I. – L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent le tarif opposable. Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. L'observation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Le praticien autorisé à pratiquer des dépassements communique à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par catégorie d'actes, un état semestriel des dépassements moyens et des dépassements maximums qu'il pratique. »

II. – Dans le 3° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « au remboursement », sont insérés les mots : « , y compris les dépassements d'honoraires, ».

III. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après les mots : « du présent code », sont insérés les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et, après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure, ».

IV. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un 21 ainsi rédigé :

« 21° Les modalités selon lesquelles les médecins spécialistes autorisés à pratiquer, par la convention, des honoraires différents des honoraires conventionnels s'engagent à pratiquer une proportion minimale d'actes sans dépassements d'honoraires. »

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Le Texier, sur l'article.

Mme Raymonde Le Texier. Avec la question des dépassements d'honoraires, c'est la question de l'accès aux soins et de l'égalité face à la maladie qui est posée, mais également celle de la responsabilisation des médecins devant les difficultés de notre système.

Longtemps, cette question n'a suscité qu'indifférence de la part du Gouvernement, plus prompt à taxer les assurés et les malades qu'à encadrer les pratiques médicales. Il est vrai que, ces dépassements étant à la charge des malades ou, parfois, des assurances complémentaires, il a préféré ne pas s'en préoccuper. Le problème, c'est que cette pratique est devenue courante : elle se chiffre chaque année à plus de 2 milliards d'euros, et encore ne s'agit-il là que des dépassements connus, déclarés !

Quand une personne de votre entourage vous raconte que, à la suite d'un rendez-vous au cours duquel une opération a dû être envisagée, on lui a donné le choix entre un an d'attente pour une intervention à l'hôpital et une opération dès la semaine suivante en clientèle privée, à condition

qu'elle donne 800 euros au chirurgien et 400 euros à l'anesthésiste, on se dit qu'elle n'a pas eu de chance, ou qu'elle est mal tombée, ou qu'elle s'est mal débrouillée...

Mais quand la question est abordée dans un cercle plus large et que chacun y va de son anecdote, on reste troublé. Lorsque, en outre, des enquêtes de la Cour des comptes, de la presse..., démontrent l'ampleur du phénomène, on se dit que l'on ne peut pas refuser d'agir. Il me semble du moins qu'il devrait en être ainsi.

La notion de tact et mesure censée prévaloir dans les pratiques de ce type a été abandonnée depuis longtemps. Alors que des discussions sont en cours sur le secteur optionnel et que des états généraux de la santé doivent s'ouvrir prochainement, il est temps d'affronter ce sujet sans tabou.

En effet, comment demander aux médecins d'entrer volontairement dans des systèmes de pratiques contractualisées s'il suffit de s'affranchir de toute responsabilité pour multiplier ses revenus ? Comment lutter contre la désertification médicale si celle-ci est en partie liée à des choix d'implantation subordonnés à l'existence d'une clientèle aisée susceptible d'acquitter de tels dépassements ?

Selon la Cour des comptes, l'essentiel des dépassements est imputable aux seuls spécialistes : ils facturent 81,3 % des dépassements constatés. La majeure partie des dépassements est le fait des spécialistes du secteur 2, qui représentent 69 % du montant total constaté.

La Cour des comptes fait également remarquer que, dans un département, plus le nombre de médecins exerçant en secteur 2 est important, plus le taux des dépassements pratiqués est élevé – calcul basique s'il en est !

Face à cette situation, les partenaires conventionnels n'ont guère réagi. L'action de la CNAMTS reste marginale ; quant au Conseil de l'ordre, il s'en tient à la notion de tact et de mesure en se gardant bien de la définir et, plus encore, de se saisir des cas d'abus même flagrant.

L'importance des dépassements impose une réaction de la part des pouvoirs publics et des partenaires conventionnels. C'est autour du plafonnement de ce système qu'il est temps de travailler.

L'article 28 se borne à imposer aux médecins d'informer les patients du montant des dépassements d'honoraires. C'est bien la moindre des choses, et que cela n'ait pas été le cas jusqu'à présent n'est pas vraiment à la gloire de la profession ! Mais quelles sanctions seront appliquées aux fraudeurs de ce type alors que les contrôles pesant sur les praticiens sont quasi inexistantes et les sanctions encore plus marginales ? En témoigne cet extrait de la *Synthèse du rapport sécurité sociale 2005* de la Cour des comptes :

« Le contrôle des professions de santé, concernant par exemple les dépassements d'honoraires [...], s'appuie sur une pluralité de sanctions possibles (disciplinaire, pénale, civile). Mais celles-ci restent rares : si chaque année 0,15 % des professionnels de santé libéraux font l'objet de saisines, les sanctions infligées par l'ordre ne concernent que 0,05 % des cas [...]. De plus, comme l'a montré l'abandon en décembre 2004 des poursuites contre divers professionnels de santé qui pratiquaient des dépassements abusifs, les caisses manifestent une certaine réticence à mener à terme les procédures pouvant aboutir à des sanctions. »

Hélas, le Gouvernement, si prompt à s'attaquer à la fraude dès lors qu'elle concerne les titulaires de la CMU ou les salariés en arrêt de travail, ne se montre guère zélé dès qu'il s'agit des acteurs de santé.

M. le président. Veuillez conclure, chère collègue.

Mme Raymonde Le Texier. En réalité, sous couvert de transparence, l'article 28 est si timoré qu'il vise purement et simplement à légitimer les dépassements d'honoraires. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Madame Le Texier, vous avez soulevé une question très importante, celle des dépassements d'honoraires. Je voudrais ajouter quelques mots après votre intervention.

Mesdames, messieurs les sénateurs, il faut d'abord constater que les dépassements d'honoraires représentent 2 milliards d'euros sur un total de 18 milliards d'euros d'honoraires.

M. François Autain. Plus que cela !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Les deux tiers de ces dépassements sont à la charge des ménages après prise en charge des organismes d'assurance complémentaire.

Une majorité de patients est aujourd'hui confrontée à des dépassements d'honoraires : il y a plus de 50 % de probabilité pour un patient de se voir demander un dépassement d'honoraires, proportion plus élevée dans le privé et dans certaines régions où le nombre de praticiens en secteur 2 est particulièrement élevé.

M. Bernard Cazeau. En région parisienne !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La prise en charge à 100 % de certains soins tels que l'accouchement ou des actes chirurgicaux lourds n'est plus garantie, alors que la collectivité nationale avait fait le choix de couvrir intégralement ces soins.

Les conséquences financières de la banalisation de ces dépassements sont importantes pour l'assurance maladie.

Première conséquence : la possibilité de dépassement est inflationniste pour notre système de santé. Les dépassements d'honoraires nourrissent un sentiment d'injustice qui est particulièrement compréhensible, ce qui encourage les revendications sur les tarifs conventionnels pour qu'ils soient portés à un niveau élevé afin de réduire les inégalités entre les secteurs. Les différences de rémunération, en effet, ne sont pas toujours justifiées par des différences de diplômes et de formation initiale ou par une participation active à des objectifs d'amélioration de la pratique ou de santé publique ; elles peuvent être seulement liées à des dates d'installation différentes.

Cette situation est d'autant moins supportable pour les spécialités pour lesquelles les écarts de revenus entre les secteurs conventionnels se sont le plus creusés.

On observe ainsi une corrélation entre l'évolution des dépassements du secteur 2 et le revenu des professionnels de santé dans le secteur à tarifs opposables : entre 1993 et 2004, alors que le pouvoir d'achat du revenu moyen des praticiens en secteur conventionnel a progressé de 23 %, celui des dépassements progressait de 71 %.

M. François Autain. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Au cours de la même période, le taux de charges est globalement resté stable. On aurait pu en effet justifier cette évolution par une augmentation des charges. Or il n'en est rien. Les honoraires

sans dépassements ont donc permis un gain de pouvoir d'achat de 17 %, soit par une augmentation de l'activité, soit par une hausse des tarifs conventionnels.

Deuxième conséquence : l'évolution des dépassements présente un risque important pour l'équilibre financier de l'assurance maladie, car cette évolution pourrait conduire à diminuer encore plus qu'aujourd'hui l'offre de soins à tarifs opposables dans le secteur à honoraires libres, générant des pressions de la part des assurés et des organismes d'assurance complémentaire pour que l'assurance maladie améliore son taux de prise en charge.

Or, pour les médecins actifs sur toute l'année, le montant des dépassements est passé de 763 millions d'euros en 1990 à 1,578 milliard d'euros en 2005, en euros constants. Cette croissance résulte à la fois d'une hausse du taux de dépassement des spécialistes à honoraires libres, qui passe de 29 % en 1995 à 47 % en 2004, mais aussi de l'augmentation de la part des praticiens en secteur à honoraires libres dans certaines spécialités.

Troisième conséquence : les dépassements privent d'effet les mesures incitatives pour des raisons que l'on comprend bien ; plus la part des dépassements dans les honoraires des médecins est élevée, moins l'UNCAM et les pouvoirs publics ont la possibilité de faire passer des orientations de politique de santé. On observe ainsi une diminution de l'efficacité de cet outil de régulation des dépenses de santé avec la diminution du taux d'atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée.

Par ailleurs, la rémunération à l'acte couplée à la liberté d'installation aurait dû pousser à homogénéiser la répartition des médecins sur le territoire français en fonction de la demande de la population en soins médicaux. Or notre débat d'hier nous a largement donné l'occasion de constater qu'il n'en a rien été.

Par conséquent, les dépassements contribuent à maintenir une répartition inégale des spécialistes sur l'ensemble du territoire. Il s'agit là, mesdames, messieurs les sénateurs, d'un véritable problème d'accès aux soins, il ne faut pas se cacher la réalité.

Les mesures proposées dans le PLFSS pour 2008 ne sont pas destinées à masquer cette situation, madame Le Texier, en cela je ne suis pas d'accord avec vous : elles constituent une première étape. Elles visent à assurer aux patients le maximum d'informations afin de responsabiliser les professionnels de santé sur leurs pratiques tarifaires et d'améliorer l'accès aux soins pour tous.

L'assurance maladie permet d'ores et déjà aux usagers d'avoir accès à des informations sur le secteur d'exercice des praticiens et les tarifs de soins. Il est toutefois nécessaire d'augmenter encore la transparence. C'est pourquoi le PLFSS pour 2008 prévoit qu'avant les actes coûteux le patient devra bénéficier d'une information préalable et écrite sur le prix total des soins, sur le tarif de remboursement et sur les dépassements qui lui seront demandés.

Le montant exact des prestations concernées par cette mesure sera établi en concertation avec les partenaires conventionnels. En pratique, cette obligation devrait concerner pour l'essentiel les actes de chirurgie, de radiologie ou d'odontologie.

Le non-respect de cette obligation pourra faire l'objet de la part de la caisse primaire d'une sanction financière ou d'une saisine de la section des assurances sociales de l'ordre professionnel du praticien.

Enfin, madame la sénatrice, le Président de la République et le Premier ministre ont souhaité que la question du « reste à charge » soit véritablement analysée, et c'est en ce sens qu'une mission sur le bouclier sanitaire a été demandée à MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard.

J'ai noté avec intérêt, bien sûr, les premières conclusions de MM. Briet et Fragonard, mais l'analyse du « reste à charge » n'a été faite que pour le ticket modérateur.

M. François Autain. Eh oui !

M. Guy Fischer. On en reparlera au moment des franchises !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Or j'ai le sentiment que, pour l'instant, le problème de l'accès aux soins ne repose pas, pour la majeure partie des Français – pour ne pas dire la totalité –, sur le ticket modérateur. La question de l'accès aux soins porte bien sur le « reste à charge » constitué par les dépenses peu ou pas remboursées et les dépassements d'honoraires.

M. Guy Fischer. Eh oui !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est la raison pour laquelle, dans l'analyse que je demande à l'ensemble des spécialistes, parlementaires ou experts, je tiens à ce que la question du « reste à charge » soit considérée avec l'ensemble de ces données, de telle sorte que nous puissions ensuite définir une véritable politique d'accès aux soins.

M. François Autain. On est d'accord !

M. Guy Fischer. On en reparlera avec les franchises !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce n'est pas le problème !

M. le président. Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 448, présenté par le Gouvernement est ainsi libellé :

I. – À la fin de la première phase du deuxième alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

le tarif opposable

par les mots :

un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

II. – Remplacer les deuxième et dernière phrases du même alinéa par une phrase et un alinéa ainsi rédigés :

L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'État. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'objet de l'amendement n° 448 est de rendre praticable le dispositif d'information des patients sur les dépassements et de réparer la suppression involontaire par les députés de la base légale

qui permettrait de contrôler le respect de l'obligation d'affichage des tarifs, obligation que, par ailleurs, ils ont souhaité inscrire dans la loi.

Pour rendre praticable l'information écrite sur les honoraires pratiqués, il faut être réaliste. Quand le dépassement porte sur le tarif d'une consultation courante, il n'est pas nécessaire, en effet, que le médecin remette systématiquement un devis à son patient. C'est pourquoi je vous propose de revenir à la rédaction initiale, qui prévoit un seuil permettant de cibler les actes coûteux.

Cet amendement rétablit par ailleurs la base légale du pouvoir des agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, la DGCCRF, et des médecins inspecteurs de santé publique qui vérifient le respect de l'obligation d'affichage des tarifs dans la salle d'attente.

En effet, seule la moitié des médecins respectent cette obligation, et qui d'autre que des agents assermentés pourraient vérifier la réalité sur place ? Un décret en Conseil d'État fixera les sanctions applicables au non-respect de cette obligation d'affichage, qui reste une contravention de cinquième classe.

De plus, je tiens à ce qu'une campagne d'information soit menée pour que nos concitoyens perçoivent bien la différence entre les honoraires libres des praticiens en secteur 2 et les dessous-de-table. Cela n'a rien à voir, mais on fait souvent la confusion : les uns sont autorisés par la convention et les autres sont interdits et doivent être dénoncés au conseil de l'Ordre.

M. le président. L'amendement n° 435, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

dès lors que ses honoraires dépassent le tarif opposable

par les mots :

dès lors que le montant de l'acte dépasse un certain seuil

La parole est à M. Paul Blanc.

M. Paul Blanc. Si l'amendement du Gouvernement est adopté, le mien n'aura plus d'objet.

M. le président. L'amendement n° 300, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du I de cet article, remplacer les mots :

cette obligation

par les mots :

ces obligations

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit d'un amendement rédactionnel qui n'aura peut-être plus d'objet si l'amendement du Gouvernement est adopté, mais je saisis cette occasion pour aborder le problème de l'information dans les cabinets médicaux. C'est, en effet, une question sensible puisqu'elle fait l'objet d'un amendement du Gouvernement.

Je suis tout à fait favorable au fait qu'une information soit faite dans les salles d'attente, d'autant plus qu'elle était déjà obligatoire, me semble-t-il, sur le plan réglementaire et qu'on a simplement transféré l'obligation sur le plan législatif.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. On a élevé la hiérarchie des normes !

M. François Autain. Mais n'est-il pas déjà trop tard pour informer le malade lorsqu'il est dans le cabinet du médecin ? Quand il apprend que les tarifs pratiqués par le médecin sont prohibitifs, lui est-il possible de repartir ou de remettre en cause un rendez-vous qu'il a parfois obtenu après un long délai ? En outre, avec la réforme du parcours coordonné de soins, le nombre des situations en fonction desquelles les tarifs sont modulés a été considérablement augmenté.

C'est pourquoi je me demande s'il ne serait pas préférable de délivrer une information en amont. Je pense que l'assurance maladie a un rôle très important à jouer auprès des malades et qu'elle se doit de délivrer une information exhaustive aux patients pour les aider à s'orienter dans le système de soins.

Madame la ministre, laissez-moi vous rappeler que l'article L. 162 – 1 – 11 du code de la sécurité sociale dispose que « les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie assurent, par tous moyens adaptés, une mission générale d'information des assurés sociaux [...] Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur la situation » – c'est cela qui est important – « des professionnels de santé [...] leur participation à la formation continue, à la coordination des soins et à la démarche d'évaluation de la qualité professionnelle [...]. Ils fournissent également tous éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés ».

Or il s'avère que, malheureusement, l'assurance maladie ne remplit pas sa mission d'information auprès des patients. Ainsi, les données relatives aux professionnels de santé sont presque introuvables sur la *homepage* du site < ameli.fr > de l'assurance maladie.

Si l'on parvient toutefois à y accéder, la recherche de renseignements *via* le nom du praticien ne permet pas de connaître directement son secteur de rattachement : secteur 1 ou secteur 2. Aucune information n'est en outre donnée sur le montant des dépassements du praticien ou encore sur la moyenne de ses dépassements.

L'information divulguée par les plateformes « Infosoins », qui, après avoir été expérimentées sont désormais très partiellement généralisées, reste quant à elle ténue. Les ambitions affichées par ces plateformes sont d'ailleurs plus que modestes, pour ne pas dire quasiment inutiles, puisqu'il s'agit de permettre à l'assuré de savoir si un médecin est conventionné en secteur 1 ou bien en secteur 2 à honoraires libres, sachant que, pour les praticiens opérant en secteur 2, l'assurance maladie affirme qu'elle n'est pas en mesure de donner un montant d'honoraires précis car les tarifs, qui doivent être fixés avec tact et mesure, sont modulés en fonction de la situation spécifique des patients et des actes médicaux pratiqués ».

D'ailleurs, certaines caisses primaires tardent encore à mettre en œuvre ces plateformes. C'est le cas de la caisse primaire d'Île-de-France, qui estime délicat de demander à la population, à travers la mise à disposition de l'information, de faire la police. Je rapporte ici les mots employés par les auteurs de l'enquête de l'inspection générale des affaires sociales de mars 2007 sur les dépassements d'honoraires.

Finalement, la seule initiative qui permet aux assurés d'obtenir simplement des informations relatives aux honoraires des praticiens ou à tout le moins la moyenne de leurs honoraires est le service téléphonique qu'ont mis en

place de rares caisses primaires comme celle de l'Eure ; il suffit de composer un numéro surtaxé – c'est dommage ! – commençant par 08.

M. le président. Vous avez largement dépassé votre temps de parole, mon cher collègue !

M. François Autain. Je le regrette ! J'aurais aimé poursuivre mon propos !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il n'a rien à voir avec l'amendement !

M. François Autain. Je voulais simplement insister sur le fait que l'affichage dans les salles d'attente, c'est bien, mais c'est insuffisant. Il faut que les caisses primaires d'assurance maladie assument leur rôle.

M. le président. L'amendement n° 124, présenté par MM. Cazeau et Godefroy, Mme Demontès, Le Texier et Jarraud-Vergnolle, M. Domeizel, Mme Champion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. – Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du I de cet article, après les mots :

sanction financière égale au

insérer les mots :

triple du

II. – Rédiger comme suit le dernier alinéa du I de cet article :

« Le praticien autorisé à pratiquer des dépassements communique aux organismes locaux de sécurité sociale dont la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par catégorie d'actes, un état semestriel des dépassements moyens et des dépassements maximums qu'il pratique. Une fois par an, le Conseil des organismes locaux de sécurité sociale se voit présenter une synthèse de ces états semestriels et des actions engagées par la caisse. »

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. L'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 dispose que les professionnels de santé libéraux sont dans l'obligation de préciser par écrit à leurs patients le tarif des actes coûteux, ainsi que la nature et le montant du dépassement pratiqué, préalablement à la réalisation de l'acte. Il prévoit également que le non-respect de cette obligation pourra faire l'objet d'une sanction par les caisses d'assurance maladie.

S'agissant des dépassements d'honoraires, la situation n'est pas très transparente. De plus, leur systématisation est préoccupante et les montants demandés peuvent être exorbitants. On pourrait donc considérer comme souhaitable de prévoir une meilleure information. Mais, dans la réalité, le patient est souvent confronté à un non-choix : soit il accepte le tarif, soit il renonce à se faire soigner. Finalement, c'est l'accès au soin qui est largement remis en cause.

En dépit des améliorations apportées par l'Assemblée nationale à cet article, les dispositions prévues restent insuffisantes pour protéger les malades de l'explosion, ces dernières années, des dépassements d'honoraires.

Alors que le reste à charge des assurés est composé, pour 40 %, des dépassements d'honoraires, que les sanctions contre les médecins qui violent l'obligation du tact et de la mesure restent extrêmement rares – si l'on se réfère au dernier rapport d'activité de la Cour des comptes – et que les

contrôles de la DGCCRF sont peu nombreux, une simple information écrite, même préalable, ne saurait suffire, faute d'une sanction suffisamment dissuasive.

En vue de mieux encadrer et de mieux évaluer les dépassements d'honoraires, notre amendement vise, d'une part, à durcir la sanction applicable en cas de non-respect de l'obligation d'information en prévoyant une sanction égale au triple du dépassement facturé et, d'autre part, à renforcer les modalités de communication aux caisses d'assurance maladie pour assurer une meilleure transparence et une plus grande information sur les tarifs des praticiens.

En effet, la rédaction de l'article 28 issue des travaux de l'Assemblée nationale ne vise que les caisses primaires d'assurance maladie, alors qu'il conviendrait d'étendre la communication par le praticien d'un état semestriel des dépassements qu'il pratique à tous les organismes locaux de sécurité sociale et à tous les régimes.

Enfin, si la communication des états semestriels constitue une étape, il apparaît fondamental que les conseils des organismes locaux de sécurité sociale soient informés tous les ans par le biais d'une synthèse qui comprendrait, en outre, un résumé des actions entreprises par la caisse concernée.

En tant qu'épouse de médecin, je sais que les dépassements sont très peu contrôlés, que jamais les médecins de secteur 2 n'affichent leurs tarifs dans leur salle d'attente et que des dépassements d'honoraires en espèces sont souvent demandés.

M. François Autain. Sous la table ?

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. En effet ! Il faudrait quand même régler le secteur.

M. François Autain. C'est presque de la fraude ! (*Mme la ministre approuve.*)

M. le président. L'amendement n° 238, présenté par Mme Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et MM. Desessard et Muller, est ainsi libellé :

Après le deuxième alinéa du I de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes fixe également la proportion chiffrée que le dépassement ne peut en toute occasion excéder, dans la limite de 15 % pour les actes techniques.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Je suis maintenant saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 19 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 193 est présenté par M. About, Mme Dini, MM. Vanlerenberghe, Mercier et les membres du groupe Union centriste-UDF.

L'amendement n° 436 rectifié est présenté par M. P. Blanc.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le dernier alinéa du I de cet article.

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 19.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous considérons que la transmission à la caisse primaire d'assurance maladie d'un état semestriel des dépassements réalisés par les professionnels de santé est redondante avec les informations qu'ils

transmettent déjà après chaque consultation. Au moment où l'on parle d'alléger les formalités administratives, cet amendement me semble pertinent.

M. le président. La parole est à M. Nicolas About, pour présenter l'amendement n° 193.

M. Nicolas About. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 436 rectifié.

M. Paul Blanc. Il est également défendu, monsieur le président.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission est favorable à l'amendement n° 448 du Gouvernement, dont l'adoption permettrait de satisfaire les amendements n° 435 et 300.

M. Paul Blanc. Tout à fait !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Pour ce qui concerne l'amendement n° 124, nous considérons que les sanctions existantes sont suffisantes et que les informations qu'il prévoit sont redondantes avec ce qui existe déjà.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Comme vient de le souligner M. le rapporteur, si le Sénat adopte l'amendement n° 448 du Gouvernement, l'amendement n° 435 sera satisfait, tout comme l'amendement n° 300, qui n'est d'ailleurs qu'un simple amendement rédactionnel.

Au demeurant, j'aimerais revenir sur la longue intervention de M. Autain relative à l'information des malades.

M. François Autain. Trop longue !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, elle était intéressante !

Comme vous l'avez souligné, lorsque le malade découvre l'information dans la salle d'attente, il est souvent trop tard. Mais enfin, ce serait déjà un progrès que d'avoir cette information.

Or une étude réalisée entre 2000 et 2004 a montré que l'affichage obligatoire dans les salles d'attente avait régressé. Vous avez noté que nous conférons une valeur législative à cette obligation, qui était jusqu'à présent de nature réglementaire, car il nous importe de la faire respecter.

L'opération expérimentale Info soins menée par les caisses d'assurance maladie constitue également une avancée. L'information est encore insuffisante ; il faut la compléter en prévoyant, par exemple, un fléchage plus lisible sur la page d'accueil – terme que je préfère à celui de *home page*, monsieur Autain ! – du site des caisses. Mais j'ai le sentiment que des progrès ont été réalisés en la matière.

J'en viens à l'amendement n° 124. Le triplement de la pénalité financière me paraît trop sévère. En outre, l'envoi de relevés semestriels est superfétatoire, dans la mesure où les CPAM disposent déjà de ces informations par le biais de la liquidation des feuilles de soins.

Enfin, le Gouvernement est favorable aux amendements identiques n° 19, 193 et 436 rectifié.

M. le président. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 448.

M. Bernard Cazeau. Madame la ministre, votre exposé prouve que vous êtes consciente du problème. Je ne vous ferai pas un procès d'intention, je dirai seulement que vous n'avez pas les moyens de vos ambitions. Comme l'a indiqué M. Blanc, le dispositif actuel est ingérable dans la pratique.

Toutefois, nous tiendrons compte de votre prise de conscience et voterons en faveur de cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la ministre, en vous écoutant tout à l'heure, j'ai eu l'impression que nous allions enfin aborder sérieusement ce problème. Plus vous argumentiez, plus je me disais : voilà enfin un ministre qui se décide à engager le débat au Parlement. Et puis, flop ! Le diagnostic est parfait, mais l'ordonnance laisse à désirer, si je puis dire ! (*Sourires.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis pharmacienne !

M. Jean-Pierre Godefroy. C'est vrai ! (*Nouveaux sourires.*)

Comme vous l'avez souligné, les dépassements d'honoraires sont le plus souvent pratiqués dans les zones de surmédicalisation, où ils coûtent en moyenne 20 % de plus à l'assurance maladie.

Je suis convaincu s'agissant tant de la démographie médicale, sujet dont nous avons débattu hier, que des dépassements d'honoraires, que nous ne pourrions pas nous contenter de petites mesures. Nous devons nous résoudre à adopter des mesures beaucoup plus contraignantes, même si je comprends que l'on retarde l'échéance, même si je comprends que l'on veuille engager des négociations. Mais, depuis le temps que nous attendons – en ce qui me concerne, voilà six ans que je répète la même chose dans cette enceinte – Il faudra bien que nous passions un jour aux actes, n'en déplaise à certains professionnels de santé !

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Madame la ministre, qu'entendez-vous par : « seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » ? La rédaction de l'article 28 du projet de loi, tel qu'elle était issue des travaux de l'Assemblée nationale, me satisfaisait.

Or vous voulez remplacer le tarif opposable par un seuil fixé par arrêté. Cela signifie-t-il que celui-ci vaudra autorisation de dépassement pour les praticiens ? La fixation de ce seuil aura-t-elle des conséquences sur les remboursements effectués par la sécurité sociale ? Au-dessous du seuil, les honoraires seront-ils remboursés par la sécurité sociale ?

Si vous autorisez un dépassement d'honoraire de l'ordre de 15 % à 20 % sans que celui-ci soit pris en charge par la sécurité sociale, dans ce cas, je préférerais que l'on augmente les tarifs opposables,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ah non !

M. François Autain. ... de manière à limiter les dépassements.

J'ai cru comprendre, dans votre intervention liminaire, que vous étiez consciente de l'acuité du problème et que vous étiez prête à prendre des mesures importantes en la matière, mais cet amendement constitue plutôt un recul par rapport au texte qui nous est soumis. J'attends donc votre réponse pour me prononcer.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 448.

M. François Autain. Je m'abstiens !

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 435, 300 et 124 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 19, 193 et 436 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

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

L'amendement n° 123 est présenté par MM. Cazeau et Godefroy, Mme Demontès, Le Texier et Jarraud-Vergnolle, M. Domeizel, Mme Champion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 299 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Compléter le I de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout dépassement facturé en violation des dispositions du premier alinéa est illicite et peut faire l'objet d'une action en récupération de l'indu par l'assuré social. S'il existe un organisme d'assurance maladie complémentaire, l'action en récupération est engagée par celui-ci pour la totalité du dépassement facturé. L'organisme d'assurance maladie complémentaire restitué à l'assuré social le montant que celui-ci a effectivement supporté. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie informe l'assuré et, le cas échéant, l'organisme d'assurance maladie complémentaire, de l'existence de tout dépassement facturé en méconnaissance des dispositions de l'alinéa précédent et des sanctions financières prononcées. »

II. – En conséquence, dans le premier alinéa du I de cet article, remplacer le nombre :

deux

par le nombre :

trois

La parole est à Mme Gisèle Printz, pour présenter l'amendement n° 123.

Mme Gisèle Printz. Bien que les professionnels de santé libéraux aient un certain nombre de devoirs eu égard aux honoraires qu'ils pratiquent – information sur le coût et les modalités de remboursement, affichage des tarifs dans la salle d'attente, application de la règle du tact et de la mesure – dans les faits, ils ne respectent que rarement ces exigences.

Si l'article 28 du projet de loi vise bien à renforcer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires en instituant un dispositif spécifique pour les actes coûteux, assorti de pénalités financières, il ne va pas assez loin compte tenu de l'étendue de la problématique.

Un rapport de l'IGAS du mois de mars dernier évalue les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins à 2 milliards d'euros. Les organismes complémentaires d'assurance maladie en remboursent une part importante estimée à un tiers. Ils prennent également en charge des dépassements effectués dans les domaines de l'optique et des soins dentaires, en particulier ceux qui sont pratiqués sur les prothèses dentaires.

Afin de mettre en place une régulation globale des dépenses de santé, il est souhaitable que les dépassements illégaux soient clairement caractérisés comme tels. Le présent amendement vise donc à préciser que les dépassements facturés sans devis préalable sont considérés comme illégaux. La possibilité doit alors être donnée aux assurés et, le cas échéant, à leur organisme d'assurance maladie complémentaire, de récupérer les paiements effectués indûment. Ces cas étant identifiés et éventuellement sanctionnés par les caisses d'assurance maladie, les organismes complémentaires, qui assument financièrement ces dépassements, doivent pouvoir être informés.

En conséquence, je vous demande, mes chers collègues, de bien vouloir adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 299.

M. François Autain. Les organismes complémentaires d'assurance maladie remboursent une part importante des dépassements d'honoraires pratiqués non seulement par les médecins, mais aussi par les professionnels de santé œuvrant dans les domaines de l'optique et des soins dentaires.

C'est pourquoi, afin de mettre en place une régulation globale des dépenses de santé, nous estimons souhaitable que les dépassements illégaux soient clairement caractérisés comme tels. En outre, il nous semble nécessaire de donner aux assurés ainsi qu'à leur organisme d'assurance maladie complémentaire la possibilité de récupérer les paiements effectués indûment.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Madame Printz, monsieur Autain, je vous rappelle que l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale devrait vous donner satisfaction, puisque, même si les modalités qui y figurent ne sont pas les mêmes que celles que vous proposez, il prévoit des sanctions. Or tel est bien l'essentiel. Il appartient ensuite aux personnes compétentes en la matière d'appliquer lesdites sanctions lorsqu'elles constatent un abus de comportement. C'est la raison pour laquelle ces amendements identiques ne me semblent pas présenter d'utilité, sauf celle d'appeler l'attention sur la nécessité de faire preuve d'un peu plus de rigueur en l'espèce. Par conséquent, je vous demande de bien vouloir les retirer.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Une telle proposition avait été présentée à l'Assemblée nationale. Je comprends la volonté des auteurs de ces amendements d'assurer un recours aux patients contre les dépassements abusifs. Mais un recours tendant à obtenir le remboursement d'un trop perçu par un médecin existe déjà auprès des instances de l'ordre des médecins, qui peuvent être saisies aussi bien par les CPAM que par les DRASS, à la demande d'un patient. Une réflexion est engagée pour permettre aux patients de saisir directement à cet effet les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre compétentes en la matière. Cette disposition relève non pas de la loi mais du décret.

S'agissant de l'association des organismes complémentaires à ce genre de procédure, la réflexion n'a pas encore abouti. Je souhaite que l'UNCAM et l'UNOCAM en discutent avant l'élaboration de toute législation. C'est la raison pour laquelle, tout en partageant vos objectifs, je vous demande, madame Printz, monsieur Autain, de bien vouloir retirer vos amendements.

M. le président. L'amendement n° 123 est-il maintenu ?

Mme Gisèle Printz. Oui, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 299 est-il maintenu ?

M. François Autain. Oui, monsieur le président.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 123 et 299.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 434 est présenté par M. P. Blanc.

L'amendement n° 457 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le III de cet article.

La parole est à M. Paul Blanc, pour présenter l'amendement n° 434.

M. Paul Blanc. L'appréciation du respect du tact et de la mesure relève de la compétence de l'ordre des médecins et n'a pas à figurer dans le champ de compétence de la procédure des pénalités financières.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 457.

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission souscrit bien évidemment à l'objectif recherché par notre collègue M. Paul Blanc !

Je tiens, toutefois, à préciser que l'amendement n° 457 est un amendement de coordination avec l'amendement n° 34 rectifié, qui tend à insérer les dispositions du paragraphe III de l'article 28 dans le paragraphe I de l'article 34. Par conséquent, le paragraphe supprimé à l'article 28 réapparaîtra à l'article 34.

M. le président. L'amendement n° 301, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Dans le III de cet article, remplacer les mots :

le tact et la mesure

par les mots :

les plafonds de dépassement mentionnés à l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale

La parole est à M. François Autain

M. François Autain. À l'usage, la notion de tact et de mesure a perdu son sens puisque de nombreux médecins, surtout des spécialistes, l'invoquent pour justifier des dépassements d'honoraires en réalité hors de toute mesure et de tout tact. Il vaut mieux prendre en considération une référence quantitative au lieu de se référer à ce concept ésotérique. Certes, il figure dans le code de déontologie mais les errements tarifaires auxquelles il a donné lieu ne nous autorisent plus à l'intégrer dans un dispositif législatif. Je propose donc que l'on se réfère aux plafonds de dépassement qui sont mentionnés à l'article L. 162 - 5 - 13 du code de la sécurité sociale.

Une autre solution est désormais envisageable, en raison de l'amendement que vous venez de défendre, madame la ministre, au nom du Gouvernement, et qui a été adopté.

Dorénavant, les dépassements seront appréciés par rapport non pas au tarif opposable mais à un seuil que le Gouvernement aura fixé par arrêté. Il sera donc peut-être possible de se référer à cette disposition législative qui établira quantitativement le dépassement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 301 ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement deviendra sans objet si les amendements identiques n°s 434 et 457 sont adoptés.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Un point a fait l'objet d'un consensus dans cet hémicycle. Chacun admet que la question des dépassements d'honoraires soulève un véritable problème d'accès aux soins. En effet, les usagers peuvent être confrontés à des dépassements importants n'étant pas pris en charge, ce qui limite leur possibilité de se soigner. Il faut apporter des solutions à cette situation.

En ce sens, les mesures contenues dans l'article 28 visent à assurer une meilleure protection des assurés contre les pratiques abusives de quelques médecins qui ne respectent pas leurs obligations déontologiques en facturant des dépassements d'honoraires en dehors de tout tact et de toute mesure. La condamnation de ces pratiques justifie l'application de pénalités financières dans un tel cas de figure, mesure qui s'inscrit dans le droit-fil du dispositif équilibré que je souhaite mettre en place.

Si l'on reconnaissait que les dépassements d'honoraires posent un réel problème d'accès aux soins quand ils ne sont pas pratiqués avec tact et mesure, si l'on condamnait de tels agissements sans tirer aucune conséquence pour y mettre fin, je trouverais un peu curieuse cette façon d'agir. C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 457.

L'amendement n° 301, quant à lui, vise à substituer à la notion de tact et de mesure la référence à un plafond conventionnel encadrant les dépassements d'honoraires.

Je veux tout d'abord vous faire remarquer, monsieur Autain, que la notion de tact et de mesure a un caractère non pas quantitatif mais qualitatif.

M. François Autain. Tout le problème est là !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Un dépassement très important peut être pratiqué à juste titre, par exemple lorsqu'un malade manifeste de très grandes exigences. Ce qui compte ce n'est pas seulement la hauteur du dépassement mais aussi le nombre de fois où il est pratiqué.

De surcroît, l'amendement n° 301 pourrait entraîner des effets pervers. En effet, si le seuil auquel vous faites référence était fixé, par une espèce d'effet de taquet, les dépassements d'honoraires auraient tendance à se rapprocher du plafond que vous proposez.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 301.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai l'impression que Mme la ministre n'a pas compris l'objet de l'amendement n° 457. Il ne tend pas à supprimer la notion de tact et de mesure, en faveur de laquelle Mme la ministre vient justement de

plaider. La référence à ladite notion est en réalité renvoyée au paragraphe I de l'article 34. Elle est simplement déplacée au sein du projet de loi.

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

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je souhaite que les pénalités financières encourues en cas d'inobservation du tact et de la mesure subsistent. Si aucune pénalité financière n'est prévue, le dispositif ne sert à rien.

M. Guy Fischer. Mme la ministre a raison pour une fois !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 434 et 457.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 301 n'a plus d'objet.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures quarante-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures quarante-cinq, est reprise à vingt et une heures quarante-cinq, sous la présidence de Mme Michèle André.)

PRÉSIDENCE DE MME MICHÈLE ANDRÉ

vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

Nous poursuivons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée nationale.

Dans la discussion des articles de la IV^e partie, nous avons entamé l'examen des amendements à l'article 28. Nous en sommes parvenus à l'amendement n° 302.

L'amendement n° 302, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après le III de cet article, insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après la première phrase de l'article L. 162-1-14 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :
« Cette commission peut être saisie par les patients ou leurs représentants associatifs ».

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement.

Mme Annie David. Cet amendement vise à ce que les patients puissent engager une action auprès de l'assurance maladie s'ils ont été victimes de dépassements d'honoraires abusifs.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je souhaite informer Mme David que des conciliateurs sont disponibles à cet effet dans chaque caisse primaire d'assurance maladie, ou CPAM.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement pour une raison technique.

En effet, il vise à permettre aux assurés de saisir la commission intervenant au cours de la procédure pour aboutir éventuellement au prononcé d'une sanction pécuniaire à l'encontre d'un professionnel de santé. Mais cette commission n'a aucun pouvoir de décision. Elle n'a ni le pouvoir de déclencher la procédure, ni celui de prononcer une sanction : seuls les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie peuvent procéder à ces deux actions. Le seul rôle de la commission est d'émettre un avis adressé au directeur afin d'éclairer sa décision.

En revanche, les patients peuvent d'ores et déjà s'adresser aux directeurs des caisses afin de les inciter à déclencher une procédure.

Je suis très attentivement, comme je l'ai indiqué dans ma déclaration de principe à l'ouverture de ce débat, la montée en charge de la procédure des pénalités financières. Celles-ci doivent avoir un effet dissuasif et répondre ainsi aux attentes des assurés.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous avons déposé cet amendement parce qu'il nous semblait découler naturellement d'une recommandation de la Cour des comptes.

Je note d'ailleurs avec une grande satisfaction que le Gouvernement lui-même, en donnant un pouvoir de sanction financière aux CPAM, a en quelque sorte suivi cette recommandation. On ne peut que s'en féliciter.

La Cour des comptes indiquait également qu'il était possible de compléter l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale pour donner la possibilité aux patients ou aux associations de patients de pouvoir saisir directement cette commission de manière à sanctionner, le cas échéant, les médecins – généralistes ou spécialistes – qui auraient outrepassé ce qu'il est convenu d'appeler le tact et la mesure.

Je ne reviendrai pas sur le débat qui a eu lieu tout à l'heure sur ce dernier point. Je redirai simplement que j'attache beaucoup d'importance à la possibilité pour les patients d'engager une action contentieuse. Il faut bien reconnaître que la relation médecin-malade est déjà très déséquilibrée en faveur du médecin, même si, au fil des années, celui-ci a pu se sentir dépouillé de certains des pouvoirs qu'il possédait par le passé.

Si vous laissez au médecin la possibilité de déterminer les dépassements en fonction de considérations aussi floues que le tact et la mesure, dont l'interprétation lui est personnelle et sur lesquelles il n'aura aucun compte à rendre, et si, dans le même temps vous ne donnez au patient aucune possibilité de se défendre d'une façon ou d'une autre, que ce soit en renonçant à aller voir tel médecin grâce à une information préalable ou en lui ouvrant la possibilité d'engager une action contre les abus, vous allez à l'encontre de l'intérêt des patients.

Tout à l'heure, vous vous élevez contre les conséquences que pouvaient avoir les dépassements d'honoraires, notamment celle de mettre en cause le libre accès aux soins. Mais si vous ne donnez pas aux patients la possibilité de se retourner contre les médecins qui pratiquent ces honoraires abusifs, vous aggravez encore l'inégalité entre les parties dans la relation patient-médecin.

Pour toutes ces raisons, je regrette votre avis défavorable sur cet amendement, madame la ministre !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 302.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 20 est présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 437 est présenté par M. P. Blanc.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer le IV de cet article.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous proposons la suppression pure et simple du IV de cet article. Nous ne faisons d'ailleurs que rejoindre le souhait du Gouvernement. En effet, mes chers collègues, vous vous souvenez peut-être des propos très précis tenus par Mme la ministre sur l'article.

La convention offre la possibilité d'effectuer une partie des actes dans le secteur 1, avec tarif opposable. Voilà pourquoi la disposition du IV, introduite par voie d'amendement par l'Assemblée nationale, ne nous paraît pas justifiée.

Mme la présidente. Monsieur Blanc, puis-je considérer que l'amendement n° 437 est défendu ?

M. Paul Blanc. Oui, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 303, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter le second alinéa du IV de cet article par les mots :

et à respecter les plafonds de dépassement mentionnés à l'article L. 162-5-13

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit par cet amendement de modifier la disposition introduite par l'Assemblée nationale.

On constate en effet que ce n'est pas tant le nombre d'actes dépassant le plafond qui est inquiétant que le taux de dépassement de ce plafond. Actuellement, on peut considérer que 30 % des actes sont réalisés sans dépassement du tarif opposable. En revanche, on s'aperçoit que les tarifs opposables sont dépassés dans des proportions très importantes.

Pour cette raison il m'a semblé qu'il fallait contraindre les médecins à respecter non seulement un certain nombre d'actes effectués selon le tarif opposable, mais aussi les plafonds de dépassement mentionnés à l'article L. 162-5-13.

Mme la présidente. L'amendement n° 237, présenté par Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et MM. Desessard et Muller, est ainsi libellé :

Compléter le IV de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« 22° L'obligation faite à tous les médecins spécialistes autorisés à pratiquer, par la convention, des honoraires différents des honoraires conventionnels, de recevoir sans entraves les patients bénéficiaires de la couver-

ture maladie universelle et de respecter à leur égard les honoraires conventionnels. »

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 304, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Les parties conventionnelles disposent d'un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi pour prendre les dispositions prévues au IV.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit par cet amendement d'imposer un délai pour s'assurer que les négociations conventionnelles aboutiront. Instruits par l'expérience, nous savons qu'il est facile d'engager de telles négociations, mais qu'elles ne sont pas toujours assurées d'aboutir.

Le protocole d'accord des chirurgiens de 2004 devait déboucher sur un avenant conventionnel, ce qui n'a pas été le cas. Nous l'attendons toujours ! Le Gouvernement de l'époque s'était engagé, il y a un an, à intervenir si cette négociation n'avait pas abouti avant la fin du mois de janvier 2007. Nous sommes en novembre et aucune intervention n'a eu lieu. Les chirurgiens et les spécialistes n'ont donc toujours pas de convention.

C'est la raison pour laquelle je souhaitais fixer un délai visant à éviter, si possible, ce que je serais tenté d'appeler des dérives.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Les amendements n°s 303 et 304 deviendront sans objet si les amendements n°s 20 et 437 sont adoptés.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. S'agissant des deux amendements identiques, je rappelle que le même amendement a été déposé par M. Bur à l'Assemblée nationale, et que j'ai émis un avis défavorable.

Je voudrais développer un peu mon propos en évoquant la situation des médecins du secteur 1, qui, en récompense – si j'ose dire – de ce choix, n'ont pas la possibilité d'ajuster leurs tarifs et sont donc les spectateurs et les grands perdants de la pratique des dépassements d'honoraires excessifs.

L'accord du 24 août 2004 prévoyait, beaucoup d'entre vous s'en souviennent, la possibilité de créer un secteur optionnel.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Que s'est-il passé depuis ?

M. François Autain. Que fait le Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ce secteur supplémentaire autorisait un plafond de dépassement négocié entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et les organisations médicales.

J'ai demandé, le 4 juillet dernier, que ces négociations reprennent et, en dépit de réunions bilatérales, aucun accord ne semble se dégager.

Je souhaite que, d'ici à la fin de l'année, les négociations arrivent à leur terme entre l'UNCAM, l'UNOCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs. Je souhaite également que le résultat des négociations, quel qu'il soit, me

soit transmis par écrit par chacune des parties au plus tard le 31 décembre 2007. Je suis heureuse de pouvoir rappeler cette démarche devant le Sénat.

Je prendrai, en fonction de ces conclusions, les mesures nécessaires pour garantir aux Français une égalité d'accès aux soins à des tarifs compatibles avec les moyens, en conservant une liberté tarifaire dont nous voyons bien qu'il est nécessaire d'en repenser les critères et les possibilités de modulation.

Je tiens également à rappeler à la Haute Assemblée les engagements pris devant l'Assemblée nationale de mener une campagne d'information pour que nos concitoyens comprennent bien la différence entre les honoraires libres des praticiens en secteur 2 et les dessous-de-table. Les premiers sont autorisés – à condition qu'ils soient pratiqués dans le respect du principe de tact et de mesure dont nous avons longuement discuté tout à l'heure –, les seconds doivent être interdits et dénoncés devant le Conseil de l'ordre des médecins.

Je souhaite donc que cette question des dépassements d'honoraires et des secteurs conventionnels fasse l'objet d'une réflexion élargie. Les états généraux de l'organisation de la santé, dont nous avons beaucoup parlé hier, peuvent d'ailleurs constituer un cadre très intéressant pour cela.

Les considérations que je viens de vous exposer montrent que je partage votre diagnostic, monsieur le rapporteur. Je m'en remets par conséquent, sur les deux amendements identiques, à la sagesse du Sénat.

Je suis défavorable à l'amendement n° 303, qui concerne le respect des plafonds de dépassement. Je l'ai dit à M. Vasselle, je souhaite que les partenaires conventionnels et l'UNOCAM finalisent leurs négociations. Cela ne remet pas en cause les dispositions de l'article L. 162-5-13, qui permet aux partenaires conventionnels de déterminer des plafonds pour les dépassements d'honoraires par acte ou pour l'ensemble de l'activité du médecin. C'est une possibilité supplémentaire qui reste ouverte.

Vous proposez en outre, monsieur Autain, par l'amendement n° 304, un encadrement du délai de négociations sur la part d'actes à tarif opposable. Même si, comme vous, je déplore le manque de volonté, de la part des partenaires conventionnels, de négocier sur certains sujets, j'émet un avis défavorable, car je souhaite que la question des dépassements d'honoraires et des secteurs conventionnels fasse l'objet d'une réflexion, notamment au cours des états généraux de la santé.

Le Gouvernement ayant engagé le débat d'une manière responsable avec une représentation élargie des partenaires de santé, je trouverais dommage de fixer une date dès aujourd'hui.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote sur l'amendement n° 20.

M. François Autain. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'une disposition législative nouvelle permettra de relancer la négociation conventionnelle pour les praticiens du secteur 2, d'autant qu'aux termes de ladite disposition il est prévu de s'en remettre, une nouvelle fois, aux partenaires conventionnels, qui ont fait la preuve d'un certain manque de volonté de négocier, comme le rappelait à l'instant Mme la ministre.

Il a été fait référence à la dernière initiative gouvernementale prise dans ce domaine, qui remonte à l'examen du PLFSS pour 2007. Vous venez d'indiquer, madame la

ministre, que vous aviez l'intention de sortir cette négociation de l'impasse. Je m'en félicite, et je souhaite que vous y parveniez.

Toutefois, force est de constater que la situation actuelle est paradoxale puisque aucune convention ne régit les honoraires des spécialistes. Elle l'est d'autant plus que cela concerne des patients qui ont un comportement vertueux en ce qu'ils respectent le parcours coordonné de soins : ils se trouvent pénalisés parce qu'ils vont chez des médecins qui n'ont pas de convention et ne leur proposent pas de tarifs remboursés !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. On va en parler !

M. François Autain. À l'inverse, ceux qui sont moins vertueux se trouvent, eux, protégés par une convention relative aux dépassements d'honoraires pour non-respect du parcours coordonné de soins.

Il y a là une injustice à laquelle il est urgent de mettre fin.

C'est la raison pour laquelle j'attends avec impatience les résultats de la négociation qui, selon vous, madame la ministre, aurait repris. Vous me dites que cela devrait aboutir à la fin de l'année prochaine...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, à la fin de cette année !

M. François Autain. Eh bien c'est formidable !

Il n'empêche que je ne voterai pas pour ces amendements identiques. (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Ça finit plus mal que ça n'avait commencé ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 20 et 437.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n^{os} 303 et 304 n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 28, modifié.

(*L'article 28 est adopté.*)

Article 26 (précédemment réservé)

I. – Dans le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « couverture », sont insérés les mots : « des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que ».

II. – Après le 3^o du même article L. 162-1-15, sont insérés un 4^o et 5^o ainsi rédigés :

« 4^o Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;

« 5^o Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution

éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en œuvre des dispositions du présent alinéa. »

III. – Le dernier alinéa du même article L. 162-1-15 est complété par les mots : « , actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ».

IV. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après le mot : « consultation », sont insérés les mots : « , l'obstacle volontaire à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 ».

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n^o 17 rectifié, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

A. Rédiger comme suit le I de cet article :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2^o Après le mot : « couverture » sont insérés les mots : « des actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que ».

B. Après le I de cet article, insérer un paragraphe I *bis* ainsi rédigé :

I *bis*. – Dans le deuxième alinéa du même article L. 162-1-15, le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé ».

C. Rédiger comme suit le III de cet article :

III. – Le dernier alinéa du même article L. 162-1-15 est ainsi modifié :

1^o Le mot : « médecin » est remplacé par les mots : « professionnel de santé » ;

2^o Il est complété par les mots : « , actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Cet amendement vise à étendre le principe de l'accord préalable à tous les professionnels de santé.

J'ajoute que cet amendement permet de satisfaire celui qu'a déposé Mme Procaccia. Dans l'hypothèse où le nôtre recevrait un avis favorable du Gouvernement, je pense que Mme Procaccia pourrait donc retirer le sien. Cependant, si d'aventure Mme la ministre ne voulait pas retenir notre amendement, il appartiendrait alors au Sénat, dans sa sagesse, de décider du sort à lui réserver.

Mme la présidente. L'amendement n^o 416 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Cornu et Pointereau et Mmes Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout, est ainsi libellé :

I. – Dans le I de cet article, remplacer les mots :

des actes, prestations et produits

par les mots :

d'actes, produits ou prestations

II. – Au dernier alinéa (5^o) du II de cet article, remplacer les mots :

d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa

par les mots :

d'un acte, produit ou prestation figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ou d'un groupe des dits actes, produits ou prestations

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. M. le rapporteur vient de le défendre.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'amendement n° 17 rectifié vise à étendre la mise sous accord préalable à l'ensemble des professionnels de santé, d'une part, et aux établissements de santé, d'autre part. Je prie M. le rapporteur de bien vouloir le retirer, faute de quoi j'émettrai un avis défavorable.

Le dispositif de la mise sous accord préalable, qui date d'ailleurs de la loi de 2004, portait uniquement sur les prescriptions d'indemnités journalières et de transport, et donc uniquement sur les médecins.

L'article 26 a pour seul objet de renforcer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé par un accompagnement spécifique du prescripteur ou auto-prescripteur.

Cette disposition ne saurait valablement aujourd'hui s'appliquer qu'aux médecins : en premier lieu, elle n'aurait évidemment pas de sens s'agissant d'une profession prescrite et, en second lieu, les possibilités de prescriptions accordées à certains auxiliaires médicaux sont trop marginales pour justifier la mise en place d'un tel dispositif, qui imposerait une surveillance technocratique d'un coût sans commune mesure avec le bénéfice escompté.

En revanche, le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 416 rectifié.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 17 rectifié est-il maintenu et quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 416 rectifié ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mme la ministre considère qu'il ne faut pas étendre le dispositif à tous les professionnels de santé et fait valoir des arguments techniques.

J'entends bien que doivent être concernés en priorité les médecins ayant procédé à un nombre de prescriptions apparemment supérieur à la moyenne, et non l'ensemble des médecins, pour faire écho à la préoccupation de notre collègue Paul Blanc, qui défendra tout à l'heure un amendement sur ce point : il faut donc, là aussi, faire preuve de « tact et mesure », pour reprendre les notions figurant à l'article 28.

Cela étant, la commission estime qu'il ne faut pas considérer que les médecins sont les seuls professionnels de santé qu'il y a lieu de mettre sous contrôle préalable au prétexte qu'ils seraient moins vertueux que les autres ou que l'application du contrôle préalable à ces autres professionnels de santé supposerait des lourdeurs techniques trop importantes. Cela signifie-t-il que ces autres professionnels sont libres de faire tout et n'importe quoi ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ils n'ont pas la capacité de prescription !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Sans doute mon propos vise-t-il un peu dans la caricature, mais je pense qu'il faut veiller à ne pas laisser penser que les seuls qui doivent vraiment être encadrés et contrôlés, ce sont les médecins.

J'accepte de retirer l'amendement n° 17 rectifié pour ne pas vous gêner, madame le ministre, dans l'exercice de vos fonctions, que vous avez prises voilà peu de temps (*Mme*

la ministre s'esclaffe), mais, avec l'expérience qui est la vôtre, vous jugerez de la pertinence de revenir ou non sur ce dossier.

Bien entendu, dans ces conditions, la commission est favorable à l'amendement n° 416 rectifié.

Mme la présidente. L'amendement n° 17 rectifié est retiré.

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'amendement n° 416 rectifié.

M. Bernard Cazeau. L'argumentaire de Mme la ministre est à peu près celui que j'avais développé en commission, monsieur le rapporteur. Évidemment, il est toujours plus facile de tirer sur les paramédicaux ou les infirmières, notamment, que sur les médecins. Cela permet, de plus, de se dédouaner. C'est là une méthode dont vous êtes coutumier, et je regrette que vous ayez, en commission, balayé mes arguments d'un revers de main : les eussiez-vous entendus que cela vous aurait épargné, ce soir, d'avoir à retirer votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 416 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 432, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Dans la première phrase du troisième alinéa (5°) du II de cet article, supprimer (deux fois) les mots :

réalisations ou

La parole est à M. Paul Blanc.

M. Paul Blanc. Autant je suis d'accord avec vous, madame la ministre, pour sanctionner, en les soumettant à une entente préalable, les médecins qui abusent des délivrances d'arrêts de travail, autant je suis défavorable à ce qu'une telle sanction s'applique aux actes médicaux.

D'abord, il sera bien difficile, c'est évident, d'avoir une entente préalable dans le cas des actes médicaux pratiqués en urgence.

Ensuite, ce n'est pas parce qu'un médecin pratique plus d'actes médicaux déterminés que ses confrères que, pour autant, il commet des abus. Je me permets de citer ma propre expérience : dans le cabinet de groupe où j'exerçais, j'étais à peu près le seul à pratiquer des actes de petite chirurgie, de sorte que, par rapport à mes confrères, j'en faisais « trop », puisque eux n'en faisaient presque pas !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Mais vous n'auriez pas été soumis à entente préalable : elle est décidée après expertise !

M. Paul Blanc. Si, j'aurais éventuellement été soumis à entente préalable !

C'est la raison pour laquelle je souhaiterais que l'entente préalable pour la réalisation d'actes médicaux soit supprimée.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je l'ai plus ou moins exprimé précédemment. Puisqu'il faut agir « avec tact et mesure », il convient de ne pas mettre systématiquement sous contrôle et sous entente préalable tous les médecins pour tous les actes ; il ne faut le faire qu'en présence d'abus manifestes.

C'est dans cet état d'esprit que la caisse devrait intervenir. À nous de voir, le moment venu, si la caisse devient elle-même excessive en décidant des mises sous entente préalable. Pour connaître le directeur de la CNAM et celui de l'UNOCAM, je puis affirmer que tel n'est certainement pas leur état d'esprit. En tout cas, Mme la ministre est là pour apaiser vos éventuelles inquiétudes, mon cher collègue.

C'est la raison pour laquelle la commission vous propose de retirer votre amendement, sous le bénéfice des informations complémentaires que pourra vous apporter Mme la ministre.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cher Paul Blanc, je tiens à apaiser vos inquiétudes, que je comprends d'ailleurs tout à fait.

Je rappellerai d'abord un point de principe : tout comme certaines prescriptions, la réalisation d'actes en nombre manifestement excessif doit pouvoir être encadrée par une mise sous accord préalable, afin de permettre un suivi par le contrôle médical des médecins qui les pratiqueraient à tort.

Bien entendu, cette procédure ne vise pas la grande majorité des médecins et je n'ai aucunement l'intention de stigmatiser l'ensemble de la profession. Malgré tout, pour être vous-même médecin, vous savez comme moi qu'un certain nombre de vos confrères pratiquent systématiquement des examens ou des analyses complémentaires, des radios, des IRM ou des échographies à la suite de mammographies, bref, des actes qui ne sont pas médicalement justifiés au regard des préconisations de la Haute Autorité de santé.

Par ailleurs, des médecins recourent de manière trop systématique à des actes de seconde intention. On connaît l'exemple archétypal de la pose d'un anneau gastrique, alors que l'ANAES, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, a indiqué en 2003 qu'un tel acte ne devait intervenir que dans des cas déterminés et après l'échec d'un traitement médical d'au moins un an.

Dès lors que certains actes sont pris en charge pour des indications bien précises, qui doivent être spécifiées par l'ANAES, il est légitime de pouvoir contrôler les professionnels qui ignoraient ces préconisations de façon trop systématique.

Si les spécialisations d'exercice de certains praticiens ou le profil de leur « patientèle » expliquent des volumes de réalisation supérieurs à la moyenne, les professionnels pourront faire valoir ces spécificités lors de la procédure contradictoire qui précède toute mise sous accord préalable.

Cette dernière ne peut en aucune façon s'apparenter à une sanction s'abattant soudainement : ce n'est que l'ultime stade d'une longue procédure, au cours de laquelle le médecin peut s'expliquer sur les raisons qui l'ont conduit à pratiquer certains actes en nombre particulièrement élevé.

Pour ce qui concerne les cas d'urgence, je vous précise qu'ils sont déjà expressément exclus du champ d'application de l'article.

Sur ces deux points, cher Paul Blanc, vous avez donc satisfaction.

Mme la présidente. Monsieur Blanc, l'amendement n° 432 est-il maintenu ?

M. Paul Blanc. Madame la ministre, je voudrais tout de même relever une petite contradiction : cet après-midi, on prétendait que le contrôle de chaque médecin s'avérerait en pratique impossible. Faut-il en conclure qu'il serait donc possible dans certains cas, mais pas dans d'autres ?

Cela étant dit, je retire cet amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 432 est retiré.

L'amendement n° 18, présenté par M. Vasselle, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 162-1-17 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-17. – Pour les établissements de santé pratiquant des prestations d'hospitalisation sous forme de séjour et de soins avec ou sans hébergement, tels que mentionnés au 1° de l'article R. 162-32 du présent code, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le représentant de l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des représentants des établissements de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais des prestations d'hospitalisation issus du 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code, en cas de constatation par ce service :

« 1° D'un nombre de prestations d'hospitalisation, significativement supérieur aux données moyennes constatées pour une activité comparable pour les établissements exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie, en séjours et soins avec hébergement alors qu'elles étaient éligibles en séjours et soins sans hébergement en structure pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire telle que mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique ;

« 2° Ou d'une évolution significativement supérieure du nombre de prestations d'hospitalisation en séjours et soins avec hébergement par rapport aux séjours et soins sans hébergement tels qu'évoqués au 1° du présent article et dans les mêmes conditions.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il s'agit d'étendre la mise sous entente préalable aux établissements de santé ayant anormalement facturé ou tarifé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire. Nous souhaitons que ces établissements puissent adopter un comportement beaucoup plus vertueux.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 464 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Remplacer les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'amendement n° 18 par un alinéa ainsi rédigé :

Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de

subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La demande du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

II. – Dans le dernier alinéa, remplacer les mots :
de l'organisme débiteur des prestations
par les mots :
du service du contrôle médical

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 18, sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement, qui vise à élargir le champ des mesures pouvant être prises par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation à l'encontre d'un établissement de santé.

Nous souhaitons compléter le dispositif actuel en prévoyant une procédure de mise sous accord préalable décidée, sur proposition du directeur de la CPAM, par la commission exécutive de l'ARH, qui, je le rappelle, est composée à parité de représentants de l'assurance maladie et de l'État.

Cette procédure a, en particulier, vocation à inciter les établissements à développer la chirurgie ambulatoire. Vous le savez, c'est l'un des objectifs de la politique de santé que j'entends mettre en œuvre.

Ce dispositif fonctionnera sur la base du constat, établi par le directeur de la CPAM, d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement.

Le but est de promouvoir le développement des prises en charge les plus adaptées, et ce, évidemment, au meilleur coût pour l'assurance maladie. Il s'agit donc d'une stratégie « gagnant-gagnant ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Mes chers collègues, ce sous-amendement n'est pas celui que nous avons examiné en commission des affaires sociales. Le Gouvernement a souhaité rédiger un nouveau texte, plus conforme à nos objectifs. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il a demandé la réserve de l'examen de l'article 26 jusqu'après la suspension du dîner.

Dans cette nouvelle mouture, madame la ministre, vous avez veillé à ce que l'ARH, au travers de sa commission exécutive, puisse être associée à la décision de mise sous accord préalable. Vous l'avez dit, cette commission exécutive comprend, pour moitié, des représentants de la CNAM et, pour l'autre moitié, des représentants de l'ARH. Il importe que, en cas de désaccord entre les deux parties, ce soit le directeur de l'ARH qui ait le dernier mot. Pour autant,

si une telle situation devait se présenter, je n'imagine pas qu'une décision puisse être prise sans avoir fait l'objet d'un consensus entre, d'un côté, la caisse, qui est tout de même le payeur, et, de l'autre, l'ARH.

Sur ce sujet, je vous fais confiance. La mise en place de la T2A à 100 % illustre d'ailleurs la volonté du Gouvernement d'avancer sur la réforme de l'hôpital. C'est bien dans cette voie qu'il faut nous engager, après les nombreux efforts demandés dans le domaine des soins de ville.

J'émet donc un avis favorable sur le sous-amendement n° 464 rectifié.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le rapporteur, je donnerai des consignes aux directeurs des ARH dans le sens que vous souhaitez.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je vous remercie, madame la ministre.

Mme la présidente. La parole est à M. Paul Blanc, pour explication de vote.

M. Paul Blanc. Madame la ministre, j'ai écouté très attentivement vos explications, et j'y souscris, mais avec un bémol : si je me réjouis que vous fassiez intervenir les ARH, il conviendrait que celles-ci, mais aussi les caisses, reçoivent des instructions pour délivrer les autorisations nécessaires afin que les établissements puissent disposer d'un plus grand nombre de lits en ambulatoire. Aujourd'hui, certains établissements sont dans l'impossibilité de pratiquer la chirurgie ambulatoire faute de lits disponibles, les autorisations n'ayant pas été données.

Par ailleurs, je souhaiterais que les actes ambulatoires puisse être effectués partout, y compris dans les hôpitaux publics. Permettez-moi de vous citer, entre autres, cet exemple tout à fait significatif : pour une opération de la cataracte en ambulatoire, certains établissements admettent le patient à dix heures du matin et le font sortir à dix-sept heures ; dans d'autres, l'admission se fait la veille, ce qui fait deux jours d'hospitalisation !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En effet !

MM. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales, et Alain Vasselle, rapporteur. C'est parfaitement exact !

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 464 rectifié.

(Le sous-amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 18, modifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 26, modifié.

(L'article 26 est adopté.)

Article additionnel après l'article 28

Mme la présidente. L'amendement n° 236, présenté par Mmes Voynet, Blandin et Boumediene-Thiery et MM. Desessard et Muller, est ainsi libellé :

Après l'article 28, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le dernier alinéa (18°) de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Cet amendement n'est pas soutenu.

Article 28 bis

Après le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. » – (*Adopté.*)

Articles additionnels avant l'article 29

Mme la présidente. L'amendement n° 305, présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le neuvième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, après le mot : « publics », sont insérés les mots : « dans un délai de deux mois ».

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Il s'agit simplement d'améliorer une disposition adoptée lors de l'examen, au début de l'année, du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament. Cette disposition visait à rendre les réunions de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé plus... transparentes, précisément.

Or force est de constater que cette exigence n'est pas respectée par la HAS, qui a tout de même eu un certain temps pour s'y préparer, même si son existence ne remonte qu'à 2004. Il reste que la mise en ligne d'un certain nombre de documents souffre de retards considérables. Ainsi, les comptes rendus des réunions des mois d'avril et mai 2007 n'ont été disponibles que début novembre. Plus grave encore, aucune fiche de transparence n'est actuellement disponible sur le site de la HAS.

Ces carences m'ont amené à déposer cet amendement, qui a pour objet de fixer un délai maximum pour la mise en ligne de ces documents. Je l'ai fixé à deux mois, après avoir constaté que le temps passé par la commission de la transparence pour effectuer le traitement des dossiers de médicaments s'était considérablement réduit. Puisque celle-ci a été capable de faire un effort pour donner satisfaction aux laboratoires, elle devrait pouvoir faire de même pour des informations qui concernent directement les patients.

Madame la ministre, mes chers collègues, pour être tout à fait honnête, j'ai pu consulter, avant de venir, le compte rendu de la réunion de la commission de la transparence du 7 novembre dernier, qui a été mis en ligne aujourd'hui. Je l'admets, cela tempère quelque peu les critiques que je viens de formuler ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Autain, vous le savez, il n'y a pas de délai imposé à l'AFSSAPS et à la HAS pour la publication de leurs travaux. De plus, la disposition que vous proposez n'a que peu de liens avec le financement de la sécurité sociale. Elle risquerait donc d'être considérée comme un cavalier et censurée à ce titre par le Conseil constitutionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Monsieur Autain, je comprends tout à fait votre souci de faire en sorte que l'ensemble des avis et des recommandations émis par la HAS soient mis à la disposition du public, mais tel est bien le cas aujourd'hui.

M. François Autain. Non !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Vous êtes trop fin connaisseur de la matière pour l'ignorer, il est inconcevable de préconiser un délai pour l'élaboration de ces avis. Cela exige plus ou moins de temps, selon l'ampleur des sujets traités, qui sont évidemment très différents les uns des autres.

En ce qui concerne la publicité des travaux elle-même, votre proposition n'apporte rien puisque les avis et recommandations de la HAS sont d'ores et déjà mis en ligne dans un délai bien inférieur à deux mois.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 305.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 309, présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article ainsi rédigé :

La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Elle veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels indiquent les cotations relatives au service médical rendu et à l'amélioration du service médical rendu, les équivalents et les génériques de chaque médicament. Ils doivent permettre la prescription directe en dénomination commune internationale, l'affichage des prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription ainsi qu'une information relative à leur concepteur et à la nature de leur financement. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. La commission ayant décidé de s'en remettre, sur cet amendement, à la sagesse du Sénat, mon intervention sera brève.

Il est nécessaire que le praticien puisse disposer d'une information complète relative au médicament. Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle puisqu'il ne peut pas trouver, dans les documents dont il dispose, les renseignements concernant le service médical rendu, l'amélioration du service médical rendu, les comparaisons entre des médicaments équivalents, l'existence d'un générique dans telle ou telle spécialité, etc.

Je propose donc d'insérer un nouvel article dans le projet de loi, afin de prendre en compte ces données et d'intégrer les améliorations apportées par l'Assemblée nationale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. M. Autain m'a devancé : les membres de la commission m'ont en effet demandé de m'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet avis est plus tranché que celui de la commission : il est défavorable.

Il faut améliorer les logiciels d'aide à la prescription. J'ai d'ailleurs proposé à l'Assemblée nationale un amendement visant à intégrer l'affichage des prix des produits au moment de la prescription et du montant total de la prescription pour la certification des logiciels. Je vais dans votre sens, monsieur le sénateur !

Il convient toutefois de conserver une certaine souplesse, s'agissant tant de la procédure de certification, qui est confiée à la HAS, que de la réalisation des logiciels eux-mêmes. Ces logiciels sont très complexes à concevoir et à utiliser. Il faut veiller à leur usage et à leur diffusion parmi les médecins, avant de les compléter en y intégrant de nombreuses données.

Je suis donc défavorable, pour des raisons techniques, à cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je regrette, madame la ministre, que vous soyez opposée à cet amendement pour de simples raisons techniques, ce qui semble signifier, d'ailleurs, que vous y êtes plutôt favorable sur le fond.

À l'heure actuelle, les médecins ne disposent que de renseignements partiels, en particulier sur le médicament, et n'ont aucune donnée ressortissant à la transparence : ils ne peuvent pas connaître l'efficacité de tel médicament par rapport à tel autre. Il est donc nécessaire de faire en sorte que les logiciels contiennent des données comparatives, afin d'éviter que les médecins ne prescrivent de nouveaux médicaments qui ne sont en réalité que de fausses innovations et qui coûtent souvent beaucoup plus cher.

Or il est dans l'intérêt des patients et de l'assurance maladie que les médecins prescrivent des médicaments efficaces et moins chers. La seule façon d'y parvenir est de mettre à la disposition des médecins des indications concernant le service médical rendu, son amélioration, les équivalents et les génériques de chaque médicament. Cela permettra de limiter, dans les années qui viennent, l'inflation non seulement de la consommation de médicaments, mais aussi des dépenses liées au médicament.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 309.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 306, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1. Le troisième alinéa est complété par les mots :

« d'études pharmaco-épidémiologiques » ;

2. Après le troisième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que si le financement des études pharmaco-épidémiologiques éventuellement prescrites par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique est garanti.

« La non-réalisation ou tout retard dans la réalisation de ces études pourront aboutir à un retrait de la liste. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement vise à encadrer les études pharmaco-épidémiologiques, souvent dites « post-AMM » puisqu'elles sont effectuées après la mise sur le marché d'une molécule nouvelle. Ces études sont de plus en plus fréquemment demandées dans le cadre de la mise en place du plan de gestion des risques destiné à surveiller les effets indésirables du médicament dans la vie réelle.

À cet égard, la situation est préoccupante : depuis 1997, 137 études ont été prescrites par les différentes instances habilitées à le faire, notamment l'AFSSAPS. Malheureusement, seules 16 d'entre elles ont été menées à leur terme, soit 12 %, ce qui est peu. On ne sait pas ce qu'il est advenu des autres ! Cela ne laisse pas d'être inquiétant, car la mise sur le marché d'un médicament nouveau et le renouvellement des autorisations ou des inscriptions sur la liste des médicaments remboursables devraient être subordonnés à la réalisation et à la prise en compte de ces études.

Il semble que le financement des études soit assuré par les laboratoires, en application de l'article 6 de l'accord-cadre signé entre le CEPS, le Comité économique des produits de santé, et le LEEM. Jusqu'à ce jour, leur non-réalisation n'était pas assortie de sanctions. L'article 29 *bis*, qui a été introduit par l'Assemblée nationale, en prévoit désormais, ce qui représente un léger progrès.

Le CEPS, qui est chargé de surveiller, au nom de l'État, l'application de ces mesures, n'a jamais publié de compte rendu ou de bilan de ces études, pas plus dans son rapport d'activité de 2006 que dans ceux des années précédentes.

On ne trouve pas trace non plus, dans les documents rendus publics par la commission de la transparence, d'une information sur ces études, leurs résultats et les conséquences qu'elles pourraient entraîner sur la prescription ou le remboursement de médicaments. Il est vrai que, depuis 2004, cette commission n'est plus tenue de publier de rapport d'activité.

Quant au rapport de la HAS, il ne contient d'information ni sur ce sujet ni sur l'application du plan de gestion des risques.

Bref, nous ne disposons donc d'aucune information sur ces études, qui ont pourtant été prescrites, et sur les raisons pour lesquelles elles ne sont pas réalisées.

Dans le but de sécuriser la mise sur le marché des nouvelles molécules et de s'assurer que les études prescrites sont effectivement réalisées, le présent amendement tend à prévoir qu'aucune nouvelle molécule ne pourra être inscrite sur la liste des médicaments à rembourser si le financement des études pharmaco-épidémiologiques n'est pas garanti.

On a le sentiment, actuellement, que ce plan de gestion des risques auquel est assujettie la mise sur le marché d'une nouvelle molécule ne constitue qu'une garantie fictive, n'ayant d'existence que sur le papier, à seule fin de rendre possible l'inscription d'un médicament sur la liste, et qu'il est totalement inopérant sur le plan de la sécurité. Cet état de fait est dommageable pour la sécurité des patients, qui absorbent en toute confiance les médicaments.

M. Guy Fischer. C'est un très bon amendement !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. L'article 29 *bis*, qui prévoit des sanctions en cas de non-réalisation des études post-AMM, est de nature à satisfaire la demande de M. Autain. Je l'invite donc à retirer son amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je suis obligée d'opposer un nouveau refus à M. Autain, ce qui me désole !

Les études pharmaco-épidémiologiques post-AMM sont, bien sûr, absolument nécessaires. C'est d'ailleurs parce que je partage votre avis et votre analyse sur leur caractère indispensable, monsieur le sénateur, que j'ai soutenu un amendement, à l'Assemblée nationale, visant à sanctionner financièrement, y compris par des baisses de prix, leur non-réalisation.

M. François Autain. Oui, c'est intéressant !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ces sanctions, fixées par le CEPS et les entreprises du médicament dans le cadre conventionnel, sont équilibrées et de nature à répondre à votre attente.

En revanche, le retrait pur et simple de la liste me paraît constituer une sanction disproportionnée. En outre, en cas de retrait de l'inscription du remboursement au motif de non-réalisation des études, les premiers pénalisés seraient les malades.

Je suis pour les sanctions, car celles-ci auront l'effet que nous en attendons, c'est-à-dire la réalisation des études pharmaco-épidémiologiques, sans que les malades s'en trouvent pour autant pénalisés.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous nous sommes mal compris, madame la ministre !

Si un médicament n'est pas réinscrit sur la liste en cas de non-réalisation des études – la réinscription survenant quelques années après la première inscription –, c'est dans l'intérêt des malades. En effet, si des études pharmaco-épidémiologiques ont été prescrites, c'est parce que ce médicament présentait un risque. Si on le retire de la liste, c'est donc pour préserver la sécurité des malades.

Trop souvent, les décisions prises par les autorités sanitaires le sont dans l'intérêt de l'industrie pharmaceutique, qui semble ainsi passer avant celui des patients.

M. Guy Fischer. Vous êtes d'accord, madame la ministre !

M. François Autain. C'est pour tenter d'améliorer ce rapport de forces que je présente ces amendements, qui visent à donner aux autorités sanitaires les outils pour résister à la force colossale de l'industrie pharmaceutique, laquelle obtient par ailleurs, il faut le reconnaître, des succès remarquables. Nous devons donc rester mesurés dans nos appréciations.

J'ajoute que je n'ai pas pleinement confiance dans la capacité du CEPS à faire respecter l'accord qu'il a passé avec le LEEM. J'en veux pour preuve l'absence ou la quasi-absence d'études pharmaco-épidémiologiques depuis trois ans que cet accord a été passé, hormis l'étude CADEUS. Je n'imagine pas le CEPS prendre des sanctions contre les laboratoires parce qu'ils n'ont pas réalisé ces études.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 306.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 307, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Un médicament ne peut être inscrit sur la liste que s'il a fait la preuve de sa supériorité au cours d'essais cliniques le comparant aux traitements de référence en usage. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement a essentiellement pour objet de faciliter la tâche de la commission de la transparence.

La comparaison entre les médicaments, qui est absolument nécessaire pour établir la cotation relative au service médical rendu et à l'amélioration du service médical rendu, se fait de façon un peu « pifométrique ». En effet, les experts ne disposent pas des essais comparatifs qui leur permettraient d'apprécier ce qu'apporte un nouveau médicament en regard de ceux de la même classe thérapeutique qui sont déjà sur le marché. La seule comparaison qu'ils puissent faire, c'est avec un placebo, ce qui n'est suffisant.

Je propose donc que des études comparatives soient effectuées sur tous les médicaments nouveaux, afin que la commission de la transparence puisse se prononcer de façon objective.

Cet amendement apporterait une amélioration importante et nécessaire des moyens de l'expertise. Il devrait en effet conduire au non-remboursement des nouveaux médicaments qui n'apportent en fait aucune plus-value thérapeutique ou, en tout cas, permettre de n'autoriser leur inscription sur la liste des médicaments remboursés que dans la mesure où leur prix ne serait pas supérieur à celui du générique.

Il s'agit d'ailleurs d'une proposition émanant du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ; elle devrait donc être plutôt bien accueillie par les experts puisque ceux-ci pourraient ainsi porter un diagnostic beaucoup plus fiable et rigoureux que celui qu'ils portent actuellement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. C'est, *a priori*, un avis défavorable. Nous considérons en effet qu'il n'est pas toujours possible de comparer un médicament au traitement de référence, mais nous attendons avec intérêt de connaître l'avis de Mme la ministre sur ce point.

Mme la présidente. Quel est, donc, l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il est en effet important de faire la comparaison de l'efficacité de médicaments destinés au traitement de la même pathologie. Les résultats de cette comparaison sont, évidemment, déjà pris en compte par la commission de la transparence dans le cadre de l'évaluation du service médical rendu afin de déterminer si tel ou tel médicament doit ou non être pris en charge par l'assurance maladie.

Cette appréciation par rapport au traitement alternatif de référence est faite selon les données actuelles de la science, notamment au regard de l'efficacité comparée des médicaments.

Quand le dossier d'un nouveau produit ne comporte pas d'essais comparatifs alors que des produits de référence sont disponibles sur le marché, une comparaison indirecte est réalisée pour permettre de positionner le nouveau produit dans la stratégie thérapeutique.

L'avis de la commission de la transparence concernant un produit qui présente un rapport bénéfices/risques au moins égal au produit de référence ne sera pas défavorable au remboursement, mais, dès lors que le dossier ne démontre pas – notamment au moyen d'essais comparatifs – sa supériorité, le produit ne sera pas considéré comme apportant une amélioration du service médical rendu. En conséquence, sa prise en charge sera conditionnée à la possibilité, pour l'assurance maladie, d'en retirer des économies.

Ainsi, la présence ou l'absence d'essais comparatifs est d'ores et déjà prise en compte par l'instance scientifique d'évaluation. Nous avons donc répondu, monsieur Autain, à votre préoccupation, que je partage, de limiter l'accès au remboursement puisque, à défaut d'une amélioration du service médical rendu, il faut se positionner de manière plus favorable en termes économiques, ce qui implique évidemment d'offrir un prix moindre.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Je ne veux pas prolonger le débat, mais je tiens à rappeler qu'actuellement les médicaments qui n'apportent aucune amélioration du service médical rendu – et ils constituent environ 80 % des médicaments examinés par la commission de la transparence –,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est vrai !

M. François Autain. ... sont néanmoins mis sur le marché, et ils le sont souvent à des prix supérieurs à ceux des médicaments existants.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non, ils sont moins chers !

M. François Autain. Madame la ministre, nous sommes en total désaccord sur ce point. Je regrette que nous n'ayons pas le temps de confronter nos points de vue en exposant tous nos arguments,...

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est le code de la sécurité sociale !

M. François Autain. ...mais il n'est pas étonnant que nous ne puissions pas être d'accord sur un tel amendement puisque vous estimez que la commission de la transparence est parfaitement en mesure de faire des comparaisons alors que nous estimons que ce n'est pas le cas.

Par ailleurs, c'est non à la commission de la transparence qu'il revient d'analyser le médicament sous l'angle du rapport bénéfices/risques, mais à la commission d'AMM. La commission de la transparence a vocation à remplir une autre mission et cette mission, elle ne peut actuellement la remplir dans de bonnes conditions.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé cet amendement ; je regrette simplement de n'avoir pu vous convaincre.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 307.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 29

I. – Après l'antépénultième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé émet des recommandations et avis médico-économiques sur

les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »

II. – Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du même code, après le mot : « internationale », sont insérés les mots : « ainsi que l'affichage des prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription ».

Mme la présidente. L'amendement n° 267, présenté par M. Bizet, est ainsi libellé :

Modifier comme suit le second alinéa du I de cet article :

1° Remplacer le mot :

émet

par les mots :

peut émettre

2° Avant les mots :

des recommandations

insérer les mots :

en aval des décisions de prise en charge

3° Supprimer les mots :

ou de prise en charge

La parole est à M. Jean Bizet.

M. Jean Bizet. Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre 2007 a relevé que, en Angleterre, « plusieurs groupes de produits sont exclus de la prescription, notamment sur la base d'arguments médico-économiques ».

Une telle situation ne s'inscrit pas, heureusement, dans la logique du système français, fondé sur la solidarité et l'accès aux soins pour tous. Il convient donc de bien circonscrire le champ des avis médico-économiques en aval dans le processus d'évaluation, afin d'éviter qu'ils puissent interférer dans le niveau de la prise en charge des nouveaux traitements. Cela évitera en outre de rallonger des délais d'évaluation déjà longs en France, notamment pour des patients qui pourraient bénéficier de ces traitements.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je rappellerai simplement que la Haute Autorité de santé n'émet que des recommandations et que l'UNCAM et le Gouvernement disposent d'une marge d'appréciation, ce qui devrait permettre de contrôler le risque éventuel qu'évoque M. Bizet. Cependant, pour que ses inquiétudes, qui sont fondées, soient totalement apaisées, il me paraît souhaitable d'entendre le Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est, donc, l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je comprends l'inquiétude de M. Bizet, qui craint que, comme en Angleterre, des médicaments par ailleurs utiles ne soient exclus du remboursement sur de simples critères médico-économiques.

Je saisis l'occasion pour apporter un éclairage sur cet article, dont l'objet est de mettre la HAS en mesure de prendre en compte la dimension médico-économique dans ses avis et recommandations.

L'article 29 vise à accroître la mission d'expertise et d'aide à la décision de la HAS, mission qui lui a été confiée par les pouvoirs publics lors de sa création.

La rédaction actuelle n'implique d'ailleurs pas que cette haute autorité émette systématiquement des avis et des recommandations médico-économiques. Elle le fera avec discernement, sur des sujets à propos desquels des questions d'efficacité des parcours et des stratégies de soins se posent.

Par ailleurs, vous craignez, monsieur Bizet, que les évaluations médico-économiques n'interfèrent dans le niveau de prise en charge des nouveaux traitements. Vous proposez donc qu'il soit précisé dans la loi que ces évaluations interviennent en aval des décisions de prise en charge.

Bien sûr, j'ai comme vous le souci d'éviter que cette nouvelle mission de la HAS ne ralentisse pas la procédure d'évaluation des produits et des actes qu'elle gère. À cet égard, la rédaction de l'article 29 doit vous rassurer : sont concernées par les avis médico-économiques « les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces », ce qui suppose que leur évaluation soit faite *ex ante* par les commissions spécialisées de la HAS.

Nous sommes donc, me semble-t-il, d'accord sur le fond, mais je ne veux pas alourdir la rédaction actuelle de l'article 29, raison pour laquelle je suis défavorable à votre amendement.

J'espère, monsieur Bizet, vous avoir suffisamment éclairé et apaisé.

Mme la présidente. Monsieur Bizet, l'amendement n° 267 est-il maintenu ?

M. Jean Bizet. Je ne suis pas certain que les explications de Mme la ministre aient complètement apaisé mes inquiétudes, mais elles m'ont au moins rassuré.

Je vais donc retirer cet amendement, derrière lequel, vous l'aurez compris, madame la ministre, il y avait également un message à certaines entreprises pharmaceutiques ainsi qu'un message en faveur de l'innovation, qu'il faudrait faire de plus en plus entendre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'avais compris !

Mme la présidente. L'amendement n° 267 est retiré.

L'amendement n° 310, présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

I. – Compléter le second alinéa du I de cet article par une phrase ainsi rédigée :

Ces recommandations et avis sont rendus publics.

II. – L'augmentation des charges découlant de l'application du I ci-dessus est compensée à due concurrence par le relèvement des taux fixés au III *bis* de l'article 125 A du code général des impôts.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Monsieur Autain, les travaux de la HAS sont déjà publics et cet amendement ne paraît donc pas utile.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cet amendement recouvre deux points.

En premier lieu, s'agissant de la publication des avis et recommandations de la Haute Autorité de santé, j'attire votre attention, monsieur Autain, sur le fait que l'ensemble

des productions de la HAS est d'ores et déjà rendu public et disponible sur son site Internet, dont je me fais un plaisir de vous communiquer l'adresse : <www.has-santé.fr>. Connaissant votre amour de l'internet, je suis cependant sûre que vous allumez votre ordinateur dès le matin pour aller aussitôt sur ce site, que vous connaissez parfaitement ! (*Sourires.*)

M. François Autain. Il est loin d'être complet !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En second lieu, votre amendement vise à augmenter les recettes de la HAS afin de compenser les charges liées à l'extension de sa mission au domaine médico-économique, ce qui peut apparaître au premier abord comme assez légitime : à nouvelle mission, nouveaux moyens.

Je veux cependant vous rappeler que les moyens financiers de la HAS sont garantis par la loi et que le collège de cette autorité indépendante, disposant de l'autonomie financière, définit lui-même son budget et son programme de travail à partir des différentes saisines, y compris celles du Gouvernement, dont elle fait l'objet. Elle a donc toute latitude pour fixer ses priorités de travail et mobiliser les moyens qui lui sont nécessaires pour les assumer.

Comme vous, je suis toutefois désireuse de faciliter l'organisation de la HAS, et nous avons souhaité avec elle mieux définir nos relations dans un cadre pluriannuel.

Nous allons négocier dans les prochaines semaines un cadre stratégique qui permettra de définir conjointement les grands axes de travail, en tenant compte des grandes priorités de santé publique de l'État, et de mieux organiser nos échéances budgétaires afin d'assurer à la HAS encore plus de visibilité sur les ressources dont elle dispose.

Sur le premier point, votre amendement est donc déjà satisfait et, sur le second point, il est inutile en l'état. J'émets en conséquence un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 310.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 185 rectifié, présenté par M. Bizet, est ainsi libellé :

Compléter le second alinéa du I de cet article par la phrase suivante :

Ces avis intègrent la consultation d'un panel représentatif des acteurs de la santé en France, incluant notamment des représentants des patients ou de la société civile, des médecins et, à titre consultatif, les institutions ou sociétés qui délivrent et produisent les traitements ou les soins. La composition de ce panel est arrêtée par décret.

La parole est à M. Jean Bizet.

M. Jean Bizet. Vu la portée que peuvent revêtir des recommandations médico-économiques, notamment dans l'orientation des prescriptions, il est fondamental que ces avis puissent faire l'objet de discussions avec tous les acteurs du système.

Dans un souci de transparence et de dialogue contradictoire, il apparaît essentiel que les professionnels de santé – en tant que destinataires –, les patients, qui en connaîtront les conséquences, et les institutions et sociétés qui délivrent les soins et produisent ou améliorent les traitements – en leur qualité d'experts sur leurs offres – puissent exposer leur point de vue afin que les avis soient pris en toute connais-

sance de cause et pour éviter qu'ils ne reposent essentiellement sur des objectifs financiers, au détriment de la santé publique.

Vous aurez compris, madame la ministre, que c'est un peu le même esprit qui a inspiré cet amendement et l'amendement n° 267.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je comprends le souci de M. Bizet. Cependant, introduire cette nouvelle consultation nous éloignerait de l'esprit dans lequel nous avons voté les dispositions relatives à la création de la Haute Autorité de santé, dispositions qui avaient d'ailleurs été largement amendées par notre assemblée lors de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique que nous avait présenté M. Mattei et dont j'étais le rapporteur.

Il me paraîtrait plus prudent d'attendre d'être en mesure de tirer des enseignements de la façon dont la HAS va exercer ses nouvelles compétences en matière médico-économique avant d'adopter un tel amendement. Sauf avis favorable de Mme la ministre, je suis donc tenté de demander le retrait de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je tiens à remercier M. Bizet de son amendement et je comprends qu'il ait été sensible au problème ainsi soulevé.

Je connais, monsieur le sénateur, votre capacité d'analyse. Je n'ai pas oublié l'excellente étude comparative des structures de la Banque centrale européenne et de la Réserve fédérale américaine que vous avez réalisée. La pertinence de vos analyses économiques est toujours remarquable.

Je crois qu'il faut laisser à la Haute Autorité de santé, autorité scientifique indépendante, une certaine liberté en matière de consultation des acteurs. Il lui faudra évidemment consulter un panel représentatif dans le cadre de cette nouvelle mission, mais c'est à elle-même de s'organiser pour remplir cette mission de manière transparente et concertée. Au demeurant, la le débat que nous avons en ce moment même la placera devant ses responsabilités.

D'ores et déjà, elle sollicite les parties concernées, qu'il s'agisse des experts médicaux, des associations de patients, des professionnels ou des entreprises de santé. S'il l'on décide *a priori* de qui elle a à recueillir les avis, on est conduit à établir une liste qui doit tendre à l'exhaustivité sans l'atteindre jamais, et l'on s'enferme dans une mécanique dont on ne pourra pas sortir.

Il est important que vous ayez déposé cet amendement, monsieur Bizet, afin d'attirer l'attention de la Haute Autorité de santé sur ce sujet. Néanmoins, je vous demande de le retirer.

Mme la présidente. Votre amendement est-il maintenu, monsieur Bizet ?

M. Jean Bizet. Madame la présidente, sous le bénéfice des précisions qu'a apportées Mme la ministre, et qui sont susceptibles de rassurer les acteurs concernés, je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 185 rectifié est retiré.

L'amendement n° 415, présenté par Mme Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Cornu, Pointereau et Garrec et Mme Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout, est ainsi libellé :

Dans le II de cet article, remplacer les mots :
ainsi que l'affichage des
par les mots :
, d'afficher les

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Il s'agit uniquement de corriger une erreur rédactionnelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 415.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 21 est présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 160 rectifié est présenté par MM. Cazeau, Godefroy et Domeizel, Mme Demontès, Le Texier, Campion, Jarraud-Vergnolle, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 161-40 du même code, il est inséré un article L. 161-40-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-40-1.* – La Haute Autorité de santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union nationale des caisses de sécurité sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Elle sert de référence à la construction des logiciels d'aide à la prescription médicale visés à l'article L. 161-38. Cette banque comprend notamment des données relatives à l'autorisation de mise sur le marché, en particulier la dénomination commune internationale, les indications, les posologies et durées de traitement, les effets indésirables, le statut de délivrance du produit, ainsi que des données relatives au service médical rendu, à la situation au regard du remboursement, au prix public, au coût moyen de traitement et à l'existence de génériques.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles la banque de données est rendue gratuitement accessible au public. »

La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 21.

M. Alain Vasselle, rapporteur. Si vous le permettez, madame la présidente, je présenterai en même temps l'amendement n° 21 et l'amendement n° 22, qui concernent respectivement les médicaments et les dispositifs médicaux.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu la mise en œuvre d'une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Or la Cour des comptes souligne depuis plus de dix ans la nécessité de disposer d'une banque de données publique sur le médicament. Elle constate, dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2007, le retard pris par l'AFSSAPS dans la mise en œuvre de cette mesure ; l'AFSSAPS a élaboré un répertoire des spécialités pharmaceutiques, mais celui-ci est très incomplet et reste limité à des données réglementaires de base. Il manquerait aujourd'hui plus de 13 000 autorisations de mise sur le marché.

Par ailleurs, cette banque de données n'intègre pas d'autres informations essentielles sur les médicaments, telles que la situation au regard du remboursement, le prix des médicaments, les cotations relatives au service médical rendu et à l'amélioration du service médical rendu délivrées par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé.

Aussi, afin de disposer d'un outil à forte valeur ajoutée pour les professionnels de santé et d'une information publique indépendante de l'industrie, gratuite et utilisable comme base de référence dans les logiciels d'aide à la prescription, nous vous proposons un nouvel article qui dispose que l'AFSSAPS, la Haute Autorité et l'UNCANSS mettront au point, d'ici au 1^{er} janvier 2009, une banque de données sur le médicament, qui pourrait comprendre, notamment, des données relatives à l'autorisation de mise sur le marché, aux remboursements et aux prix.

Nous proposons une démarche identique concernant les dispositifs médicaux.

Les quatre autres amendements en discussion commune sont soit identiques, soit quasi identiques. M. Autain a en effet introduit une légère différence de rédaction.

M. François Autain. Il le fallait bien ! (*Sourires.*)

M. Alain Vasselle. Puisqu'ils sont presque identiques, mon cher collègue, vous pourriez avoir la gentillesse de retirer vos amendements et, comme j'ai dit l'essentiel, vous pourriez également être bref dans votre présentation. (*Nouveaux sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour présenter l'amendement n° 160 rectifié.

M. Jean-Pierre Godefroy. Je retire cet amendement au profit de l'amendement n° 21.

Mme la présidente. L'amendement n° 160 rectifié est retiré.

L'amendement n° 343 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

Après l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... – La Haute Autorité de Santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union Nationale des Caisses de Sécurité

Sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Elle sert de référence à la construction des logiciels d'aide à la prescription médicale visés à l'art. L. 161-38 du code de la sécurité sociale. Cette banque comprend notamment des données relatives à l'autorisation de mise sur le marché, en particulier la dénomination commune internationale, les indications, les posologies et durées de traitement, les effets indésirables, le statut de délivrance du produit, ainsi que les cotations relatives au service médical rendu et à l'amélioration du service médical rendu, à la situation au regard du remboursement, au prix public, au coût moyen de traitement et à l'existence de génériques.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles celle-ci est rendue gratuitement accessible au public. »

L'amendement n° 344 rectifié, présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... – Après l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. ... – La Haute Autorité de Santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union Nationale des Caisses de Sécurité Sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette banque comprend notamment des données relatives aux caractéristiques du produit ou de la prestation, en particulier le marquage CE, la description du produit ou de la prestation, ses fonctions, ainsi que des données relatives aux conditions d'inscription du produit ou de la prestation sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 avec la précision du service attendu, de l'amélioration du service attendu, du tarif de référence et des conditions de prise en charge.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles celle-ci est rendue gratuitement accessible au public. »

... – L'augmentation des charges découlant de l'application du I ci-dessus est compensée à due concurrence par le relèvement des taux fixés au III *bis* de l'article 125 A du code général des impôts.

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Je retire ces amendements.

Mme la présidente. Les amendements n°s 343 rectifié et 344 rectifié sont retirés.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 22 est présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 161 rectifié *bis* est présenté par Mme Jarraud-Vergnolle, MM. Cazeau, Godefroy et Domeizel, Mme Demontès, Le Texier, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier, Voynet et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 160-40-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-40-2.* – La Haute Autorité de santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union nationale des caisses de sécurité sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette banque comprend notamment des données relatives aux caractéristiques du produit ou de la prestation, en particulier le marquage CE, la description du produit ou de la prestation, ses fonctions, ainsi que des données relatives aux conditions d'inscription du produit ou de la prestation sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 précité avec la précision du service attendu, de l'amélioration du service attendu, du tarif de référence et des conditions de prise en charge.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles la banque de données est rendue gratuitement accessible au public. »

L'amendement n° 22 a déjà été défendu.

La parole est à Mme Annie Jarraud-Vergnolle, pour présenter l'amendement n° 161 rectifié *bis*.

Mme Annie Jarraud-Vergnolle. M. le rapporteur ayant repris exactement les termes de notre amendement, je le retire au profit de l'amendement n° 22.

Mme la présidente. L'amendement n° 161 rectifié *bis* est retiré.

Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n°s 21 et 22 ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Ces amendements visent à créer deux banques de données gratuites et accessibles à tous, l'une sur les médicaments, l'autre sur les dispositifs médicaux.

Il est éminemment souhaitable de rendre plus aisément accessibles toutes les informations qui peuvent être utiles aux professionnels de santé comme au public, et nous progressons à un très bon rythme dans cette voie.

S'agissant des médicaments, l'AFSSAPS a lancé il y a deux ans, avec le ministère de la santé, un vaste projet de constitution de base de données officielle et accessible sur Internet. Elle regroupera, d'ici à la fin de 2008, l'ensemble des données concernant le rapport bénéfices/risques et les conditions d'emploi des quelque 16 000 médicaments autorisés dans notre pays depuis l'origine.

La Haute Autorité de santé commence à travailler à l'indexation des avis de la commission de la transparence.

Par ailleurs, les données de la base indépendante THESORIMED du groupement d'intérêt économique des systèmes d'information sur les produits de santé, le GIE SIPS, seront disponibles sur le site Internet du GIE à partir du premier trimestre 2008.

Nous pourrions bientôt assurer l'accessibilité à l'ensemble des données scientifiques et économiques, non pas en les centralisant au sein de la base d'un seul organisme, mais en organisant la coopération entre les organismes pour que

chacun puisse mettre en ligne sur son site l'ensemble de ces informations et non pas seulement la partie qu'il produit et met à jour dans le cadre de sa mission propre.

Vous pouvez compter sur mon engagement, monsieur le rapporteur, pour faire aboutir ce projet dans les meilleurs délais.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, le mécanisme existant de déclaration par les fabricants à l'AFSSAPS offre une source intéressante d'informations. Son champ est élargi par l'article 38 du PLFSS, qui obligera fabricants ou distributeurs à déclarer à l'agence, à compter du 1^{er} janvier 2009, les inscriptions sur la liste des produits et prestations.

Par ailleurs, en matière de prise en charge, le site Internet de l'assurance maladie, <ameli.fr>, que M. Autain connaît particulièrement bien, met d'ores et déjà à disposition l'ensemble de ses données.

Des coopérations entre l'AFSSAPS et les autres producteurs publics de données permettront d'enrichir la gamme des données aisément accessibles.

Nous progressons dans des délais qui sont proches de ceux que vous souhaitez fixer aux banques de données gratuites sur les médicaments et les produits de santé.

Je suis donc défavorable à vos amendements, monsieur le rapporteur, car j'ai le sentiment que les procédures mises en place sont déjà satisfaisantes.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Vasselle, rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. J'ai présenté tout à l'heure la proposition de la commission. Moi, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Si j'ai bien compris, madame la ministre, vous êtes défavorable aux amendements de M. le rapporteur.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Parce que ce qu'ils prévoient existe déjà.

M. François Autain. Rien n'existe ! Il s'agit de croiser les informations qui proviennent de l'AFSSAPS avec celles qui proviennent de la Haute Autorité de santé. Ces informations sont de nature différente. Or, pour l'instant, nous ne disposons d'aucune synthèse de ces informations. Il est absolument indispensable de posséder une base de données les rassemblant, et celle-ci n'existe pas pour l'instant.

Une autre solution consisterait à fusionner la Haute Autorité de santé avec l'AFSSAPS. C'est un projet qui mérite discussion, mais ce n'est ni le moment ni le lieu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. On peut imaginer effectivement qu'une des institutions coiffe les autres.

La Haute Autorité de santé, l'AFSSAPS et la CNAM ont chacune des missions particulières. Actuellement, chacune produit ses données et il existe des liens qui permettent d'avoir une information complète sur ce qui correspond aux missions de chacune de ces institutions. La Haute Autorité de santé n'est pas destinée à remplacer l'AFSSAPS, laquelle n'a pas les missions de la CNAM.

Il est très important, pour la qualité des procédures et pour l'information des professionnels de santé et des particuliers, que chacune conserve ses spécificités. Il serait tout à fait inapproprié qu'une de ces institutions se saisisse finalement, à travers cette mission d'information, des responsabilités des autres, avec un risque de dérive et d'effets pervers que je vous demande, monsieur Autain, de mesurer.

Il vaut mieux croiser les informations en respectant la personnalité des autorités.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Je souhaiterais obtenir une précision.

J'ai cru comprendre qu'il s'agissait ici d'un logiciel d'aide à la prescription.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Non ! Il s'agit d'une banque de connaissances, d'une bibliothèque virtuelle, si vous préférez ; elle peut certes contenir des aides à la prescription, mais ce n'est pas son objet premier.

Mme Nathalie Goulet. Toutefois, madame la ministre, vous avez expliqué que le grand public aurait accès, de la même façon que les professionnels, à cette base et à toutes les informations qu'elle contient.

Ne craignez-vous pas que cela ne favorise l'automédication, avec les risques que cela comporte ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Madame la sénatrice, vous posez la question de l'accès du grand public aux informations médicales, et donc de la responsabilisation et de l'éducation thérapeutique des patients. Il s'agit d'ailleurs de l'un des axes de la politique de santé publique et de prévention que je conduis.

Nous cheminons sur une étroite ligne de crête : le public est de plus en plus responsable et il souhaite avoir accès à une information transparente, mais la législation doit continuer à le protéger. Ainsi, certains produits ne peuvent être achetés sans ordonnance et ceux qui sont remboursables ne donnent effectivement lieu à remboursement que s'ils ont été préalablement prescrits, ce qui incite évidemment le malade à aller consulter un médecin pour obtenir une ordonnance. Il existe donc tout de même certains garde-fous !

Dans cette perspective, le rôle du pharmacien est tout à fait capital : il se trouve face à ses malades – c'est le docteur en pharmacie qui vous parle ! –, dialogue avec eux et leur précise les indications et contre-indications associées à ses produits.

Il faut donc donner aux patients un accès à l'information tout en prévenant les dérapages, ce qui est d'ailleurs quelque peu contradictoire avec les propos de M. Autain !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 21.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 22.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 23, présenté par M. Vasselle au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux paragraphes ainsi rédigés :

... Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code, après les mots : « indications thérapeutiques », sont insérés les mots : « , et le cas échéant les posologies maximales, ».

... Dans le 1° de l'article L. 162-4 du même code, après les mots : « en dehors des indications thérapeutiques », sont insérés les mots : « , ou à une posologie supérieure à la posologie maximale, ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission de la transparence, dont la composition se trouve définie à l'article R. 163-15 du code de la sécurité sociale, a pour mission, notamment, de rendre des avis mentionnant expressément les indications thérapeutiques pour lesquelles elle estime fondée l'inscription d'un médicament sur la liste des spécialités remboursables.

Ses avis comportent également une appréciation sur les modalités d'utilisation du médicament, notamment les durées de traitement, la posologie et les autres indications utiles à une bonne prescription du médicament.

Or il apparaît que la posologie pourrait utilement constituer une condition limitative de prise en charge dans certains traitements, comme ceux relatifs à la toxicomanie, afin de concourir à la diminution des mauvaises utilisations des médicaments.

Dans la mesure où l'indication de la posologie maximale peut ne pas constituer une mention obligatoire de l'avis de la commission de la transparence, cette mesure pourra s'appliquer aux seuls médicaments pour lesquels il est indispensable de prévoir le respect de ce critère comme condition de remboursement.

Dans le cas où le prescripteur établit son ordonnance pour une posologie supérieure à celle qui est retenue par l'arrêté d'inscription, il doit en informer son patient, le pharmacien et l'assurance maladie, en portant sur son ordonnance la mention « NR », pour non remboursable, à l'identique d'une prescription réalisée en dehors des indications thérapeutiques remboursables.

Cet amendement a donc pour objet d'agir sur la posologie des médicaments.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. En l'état actuel de sa rédaction, cet amendement vise à interdire la prise en charge d'un médicament lorsque son prescripteur a dépassé la posologie maximale figurant sur l'AMM.

Naturellement, je comprends la nécessité d'éviter les éventuelles erreurs ou les abus médicamenteux, alors que, jusqu'à présent, le seul critère opposable pour le remboursement est celui des indications thérapeutiques.

Il reste que, pour certains produits, les posologies peuvent être variables et qu'il est parfois légitime de dépasser les doses recommandées.

En outre, comme presque toutes les officines appliquent le tiers payant, il sera impossible à l'assurance maladie de contrôler une telle prescription et d'en refuser la liquidation.

tion. Seul le pharmacien peut réaliser cette vérification, qu'il doit accomplir dans le cadre de sa mission de contrôle de la conformité de la prescription à l'AMM.

Monsieur le rapporteur, je partage votre souci, mais, pour avoir passé un certain nombre d'années de ma vie dans une pharmacie, je ne vois pas comment une telle disposition pourrait être efficace ! D'autres mesures structurelles, telles que l'établissement du dossier pharmaceutique, me semblent constituer des voies beaucoup plus prometteuses pour lutter contre les erreurs ou les abus médicamenteux.

C'est pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur le rapporteur, l'amendement n° 23 est-il maintenu ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Nous ne nous obstinerons pas : nous prenons note des observations de Mme la ministre et poursuivons nos investigations sur cette question.

Je retire donc mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 23 est retiré.

L'amendement n° 449, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le quatrième alinéa (c) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'infraction, prévue dans les conditions prévues au c, n'est pas constituée lorsqu'un logiciel d'aide à la prescription permet de prescrire en dénomination commune internationale, selon les règles de bonne pratique prévues à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Grâce à cet amendement, le médecin pourra prescrire en dénomination commune internationale, ou DCI, à partir du nom usuel d'un médicament, et dans le respect du droit des marques.

Je le rappelle, la Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription, auxquels la loi impose, depuis février 2007, de permettre de prescrire directement en DCI.

Dans son référentiel de certification, la HAS a élaboré un critère qui permet aux médecins de retrouver, à partir du nom de marque d'un médicament, la DCI correspondante. Cette fonction existe d'ailleurs depuis longtemps sur certains logiciels, en quelque sorte en violation de la loi ; elle devrait désormais être mise en place par tous les éditeurs de ces programmes.

Or le code de la propriété intellectuelle interdit aujourd'hui la modification d'une marque dûment enregistrée. Cet amendement a donc pour objet d'autoriser la conversion d'un nom de marque en DCI et de mettre en œuvre la procédure de certification élaborée par la HAS.

Un cas de figure similaire s'était présenté en 1999, certains d'entre vous s'en souviennent peut-être, dans le cadre de la politique de développement des médicaments génériques : lorsqu'on a donné aux pharmaciens d'officine le droit de substituer au médicament de marque un médicament générique, il a fallu modifier le code de la propriété intellectuelle afin de sécuriser cette pratique, dont nous mesurons aujourd'hui les effets positifs puisque le taux de substitution atteint 75 %.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

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

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Cet amendement du Gouvernement ne me semble pas aussi clair qu'il en a l'air !

Certes, s'il s'agit seulement de permettre aux médecins de connaître, après une recherche informatique, la dénomination commune internationale d'un médicament, en leur laissant le choix d'indiquer sur leur prescription, au cas par cas, le nom du médicament princeps ou la dénomination commune internationale ; sur ce point, il n'y a pas de problème !

Toutefois, telle qu'elle est rédigée, cette disposition a pour effet de faire apparaître directement sur l'ordonnance la dénomination commune internationale, sans que le médecin qui a saisi le nom du médicament princeps à l'aide d'un logiciel ait délibérément voulu cette substitution.

Naturellement, on nous dira qu'il n'en n'est rien ! Mais où une telle précision est-elle inscrite dans le texte de l'amendement ? Nulle part !

Il s'agit d'une grave atteinte au droit de la propriété intellectuelle. Imaginons, en effet, que le médecin saisisse le nom d'un médicament princeps et que la dénomination commune internationale de ce dernier apparaisse sur l'ordonnance. Dans ce cas, il reviendra au pharmacien de choisir le laboratoire qui bénéficiera de l'opération, au moins en ce qui concerne les médicaments génériques.

M. Paul Girod. Et alors ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Ce choix ne résultera pas de la volonté initiale du médecin !

Certes, il faut respecter le droit de substitution, conféré par une loi antérieure, qui a modifié le d) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle afin d'exclure tout recours contre les pharmaciens pour ce motif.

Toutefois, dans le présent cas de figure, on substitue la dénomination commune internationale au nom du médicament princeps sans que le médecin en ait conscience, ce qui ne me paraît pas correct intellectuellement à l'égard de ceux qui ont investi des milliards d'euros pour trouver des molécules permettant aujourd'hui de soigner nos malades !

D'ailleurs, cette mesure constitue un cavalier social et, selon moi, n'a pas sa place dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Alain Vasselle a justement rappelé que le Conseil constitutionnel avait déjà censuré des mesures de ce genre dans de précédents PLFSS.

Je souhaite donc que cet amendement soit retiré et que nous discutons de nouveau de ce dispositif lorsqu'il aura été sécurisé.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Monsieur le président de la commission, j'ai suivi avec attention le cheminement de votre pensée.

Peut-être avez-vous déjà vu, voire utilisé vous-même un logiciel d'aide à la prescription. Vous aurez alors constaté que celui-ci n'a pas pour effet de remplacer subrepticement,

à l'insu du médecin, le nom de spécialité ou le produit princeps par la DCI. Le logiciel d'aide à la prescription ne fonctionne pas de cette façon !

En fait, le médecin saisit le nom de spécialité et, grâce au logiciel, la dénomination commune internationale apparaît sur son écran. Il peut alors choisir consciemment de prescrire soit le médicament princeps, soit la DCI.

M. François Autain. Tout à fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le problème se pose non pas au niveau du médecin mais à celui du logiciel. Pour l'instant, les logiciels d'aide à la prescription ne permettent pas de « déclencher » cette information à partir du nom du médicament princeps.

Désormais, le médecin obtiendra donc une information supplémentaire, mais il ne verra pas sa prescription de princeps s'effacer au profit de la DCI.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Où est-ce précisé dans l'amendement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je crois donc que cette disposition est parfaitement sécurisée.

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

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 449 du Gouvernement a pour objet d'éviter aux pharmaciens les poursuites prévues au c) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle, qui sanctionne le fait « de reproduire, d'imiter, d'utiliser, d'apposer, de supprimer, de modifier une marque, une marque collective ou une marque collective de certification en violation des droits conférés par son enregistrement et des interdictions qui découlent de celui-ci ».

Or, selon moi, cette dérogation particulièrement vaste doit être réécrite, et je rappelle que le Gouvernement a toujours la possibilité de le faire, même après la réunion de la commission mixte paritaire, en déposant un amendement.

Je souhaite qu'il soit clairement précisé qu'en aucun cas cette disposition ne protégerait un logiciel substituant automatiquement la dénomination commune internationale au nom du médicament princeps.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote.

M. Bernard Cazeau. Monsieur About, je comprends mal votre argumentation. En effet, si le médecin saisit le nom du médicament princeps, c'est peut-être précisément parce qu'il veut obtenir des indications sur la dénomination commune internationale, afin de choisir une autre spécialité éventuellement moins chère.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Pas forcément moins chère ! Celle qui offre la meilleure marge arrière !

M. Bernard Cazeau. Depuis très longtemps, nous demandons que les médecins prescrivent en utilisant les dénominations communes internationales – pour ma part, j'en ai formulé le vœu à maintes reprises, mais toujours en vain ! – et que les pharmaciens choisissent ensuite parmi les différents produits, en favorisant les génériques, ce qui permettraient de délivrer les médicaments les moins chers – du moins en principe, car nous nous apercevons aujourd'hui que certains génériques sont aussi chers que les spécialités !

Cela étant, malgré tous mes efforts, je vous comprends mal, monsieur About !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Sur cette question, il ne s'agit nullement d'obliger les médecins à établir une prescription en utilisant exclusivement la DCI.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Surtout pas !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Loin de moi cette idée, même si certains la défendent. En cela, je partage votre avis, cher Nicolas About. Les médecins ont le droit de prescrire en mentionnant le princeps, le nom commercial ou le nom de spécialité, ou bien en utilisant la dénomination commune internationale.

Le ministère en charge de la sauvegarde de la propriété intellectuelle, consulté à ce sujet, n'a d'ailleurs émis aucune réserve.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Cela se comprend !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Toutes les précautions ont donc été prises.

L'industrie pharmaceutique, qui aurait pu être réticente, n'a pas non plus formulé d'observations dirimantes sur ce point.

Je tiens à redire encore une fois à Nicolas About que le médecin ne verra en aucun cas la prescription qu'il est en train d'établir se transformer subrepticement en dénomination commune internationale,...

M. François Autain. Bien sûr !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. ...qui surgirait tout à coup, comme une sorte de *bug*, dans son logiciel d'aide à la prescription.

Pour un médecin qui prescrit par exemple de la Ténormine, il peut être tout à fait intéressant de savoir que la dénomination commune internationale correspondante est Tenolol.

M. François Autain. Vous avez raison, madame la ministre !

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Peut-être Mme la ministre a-t-elle raison. M. Autain, qui fut secrétaire d'État chargé de la sécurité sociale, sait de quoi il parle et je suis heureux de constater qu'il trouve au moins un point d'accord avec le Gouvernement, fût-ce contre la commission des affaires sociales. (*Sourires.*)

L'objet de l'amendement du Gouvernement, qui en a sans aucun doute pesé la rédaction, prévoit ce *bug* dont parle Mme la ministre : « la certification précise que les logiciels permettent de prescrire directement en dénomination commune internationale. » L'adverbe « directement » signifie bien que le médecin n'aura pas le choix : sa prescription sera directement établie en dénomination commune internationale.

M. François Autain. Non !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est pourquoi, afin de lever cette ambiguïté, madame la ministre, je vous propose de rectifier cet amende-

ment et, après les mots : « la prescription permet de prescrire en dénomination commune internationale », de faire figurer la précision suivante : « , au choix exprès du médecin, ».

Ainsi, liberté sera laissée au médecin, et le pharmacien ne sera pas poursuivi s'il substitue le générique au princeps, au titre du *d*) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Le président de la commission des affaires sociales a commencé à répondre à la question qui m'intéresse et que je souhaite poser à nos collègues médecins et pharmaciens, ainsi qu'à Mme la ministre, qui est elle-même pharmacien. Le béotien que je suis en la matière voudrait comprendre ! (*Sourires.*)

Je me mets dans la peau d'un malade qui se présente à la pharmacie avec une prescription que le médecin lui a établie en mentionnant le princeps ; le pharmacien pourrait-il délivrer son équivalent en DCI ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre, et M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Oui !

M. Jean-Pierre Godefroy. Dans ce cas, le patient risque de refuser, arguant qu'il préfère le princeps prescrit par son médecin. N'est-ce pas contraire à la politique menée depuis plusieurs années pour permettre à l'assurance maladie de réaliser des économies ?

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Non, cela ne pose pas de problème !

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Pour ma part, ce que je retiens, c'est que, logiciel ou non, et quel que soit le choix qu'aura fait le médecin, c'est le pharmacien qui décidera de délivrer le princeps ou le générique. Et, sans faire de procès d'intention, on peut imaginer que le pharmacien donnera au patient le médicament dans la forme qui servira au mieux ses propres intérêts !

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Contrairement à vous, monsieur le président de la commission des affaires sociales, je suis totalement convaincu par l'argumentation de Mme la ministre.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. C'est normal !

M. François Autain. Je ne sais pas, mais c'est ainsi !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Cela devrait vous inquiéter ! (*Sourires.*)

M. François Autain. De toute façon, la liberté du médecin est fortement compromise, même lorsqu'il prescrit un princeps. En effet, s'il ne mentionne pas « NS », c'est-à-dire « non substituable », le pharmacien a toute liberté de délivrer un générique.

Vos craintes ne me semblent absolument pas justifiées, monsieur le président de la commission des affaires sociales : je ne vois pas en quoi l'amendement du Gouvernement réduit la liberté du médecin !

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. L'automatisme !

M. François Autain. Elle est déjà réduite par le droit accordé au pharmacien de substituer des génériques aux princeps.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. La rectification que je suggère vous gêne-t-elle ?

M. François Autain. En ce qui me concerne, j'estime qu'elle n'ajoute rien. Mais, si cela doit vous satisfaire, je n'y vois pas d'inconvénient !

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Dériot, pour explication de vote.

M. Gérard Dériot. J'avoue ne pas très bien comprendre la position de M. le président de la commission des affaires sociales.

Notre collègue Jean-Pierre Godefroy nous a parfaitement décrit ce qui allait se passer. Cela fait déjà un certain nombre d'années que le pharmacien s'est vu accorder la possibilité de proposer un générique à la place du princeps. Cela a d'ailleurs permis, Mme la ministre l'a rappelé tout à l'heure, la pénétration du générique sur le marché, ce dont nous nous félicitons tous.

L'obligation faite au médecin de prescrire en DCI n'est pas nouvelle, mais elle était jusqu'à présent inapplicable. Cela n'avait d'ailleurs rien d'étonnant. À chacun ses études : ce sont les pharmaciens, et non les médecins, qui apprennent les DCI. Pour développer les génériques, il a bien fallu les autoriser à procéder à ces substitutions.

Avec le logiciel d'aide à la prescription, le médecin aura simultanément le princeps et la DCI : même s'il décide de prescrire un princeps, rien n'empêchera le pharmacien de délivrer son équivalent générique, s'il est moins cher.

Dans les faits, cela ne change pas grand-chose, même si l'on s'achemine vers des prescriptions en DCI. La loi est modifiée depuis fort longtemps et cela n'a jamais posé de problème.

Mme la présidente. La parole est à M. Adrien Gouteyron, pour explication de vote.

M. Adrien Gouteyron. Voilà un sujet que je trouve tout à fait passionnant, même si, comme notre collègue Jean-Pierre Godefroy, je ne suis pas un initié.

Je suis un peu troublé par les arguments du président de la commission des affaires sociales, madame la ministre. Je sais bien ce qui motive la démarche du Gouvernement : je partage tout à fait le souci d'économies sur les médicaments et je ne conteste pas, cher collègue Dériot, le droit du pharmacien de substituer un générique à un princeps, pourvu que la DCI soit respectée, sauf si, comme l'a souligné François Autain, la mention « NS » est présente. Cependant, qu'un logiciel fasse apparaître uniquement la DCI sans l'indication du ou des princeps correspondants pose le problème de la propriété intellectuelle – vous l'avez vous-même évoqué, madame la ministre – et du droit des marques.

Cela dépasse singulièrement le sujet dont nous traitons, mes chers collègues. Madame la ministre, compte tenu de l'ampleur de ce problème et sans perdre de vue l'objectif que nous partageons tous, je me demande s'il ne conviendrait pas de profiter de la commission mixte paritaire pour approfondir la réflexion et améliorer la rédaction de cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Je crois que toute l'ambiguïté tient à l'adverbe « directement », qu'a pointé M. le président de la commission des affaires sociales.

Qu'est-ce qu'un logiciel d'aide à la prescription en médecine ambulatoire ? Il n'y a pas d'ordonnance préétablie. Le médecin, s'il le souhaite, peut taper le nom du princeps et savoir alors immédiatement, sans avoir à feuilleter son Vidal, que le Clamoxyl est bien l'un des principes de l'amoxicilline : libre à lui, ensuite, de prescrire l'un ou l'autre.

Il faut voir le logiciel d'aide à la prescription comme une sorte de logiciel de traduction. Je le répète, c'est le médecin qui décide : s'il choisit d'établir sa prescription en DCI, avec ce programme, il lui suffira de taper le princeps et, automatiquement, sa prescription apparaîtra en DCI.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Il suffit de l'écrire dans la loi !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La question de la propriété intellectuelle ne se pose pas à ce niveau. Franchement, je ne vois pas la difficulté ! Il n'y a rien là qui soit de nature à contraindre les médecins : leur liberté de choix reste entière.

Mme la présidente. La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Nicolas About, président de la commission des affaires sociales. Madame la ministre, je suis heureux de voir que nous sommes enfin d'accord !

C'est pourquoi je vous propose de rectifier votre amendement en insérant, après les mots : « lorsqu'un logiciel d'aide à la prescription permet », les mots : « , si le médecin le décide, ». Ainsi, la substitution de la DCI au princeps ne sera pas automatique.

Madame la ministre, vous avez eu raison de répéter que cette décision serait laissée à l'appréciation du médecin. Je me rallie totalement à votre position et je souhaite que cette précision figure dans l'amendement du Gouvernement.

Mme la présidente. Madame la ministre, acceptez-vous de rectifier votre amendement dans le sens suggéré par M. le président de la commission des affaires sociales ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'y suis favorable, madame la présidente, mais il serait préférable de parler de « prescripteur », parce que les médecins ne sont pas les seuls à délivrer des ordonnances : les dentistes le peuvent aussi, fût-ce de manière limitée.

Mme la présidente. Je suis donc saisie d'un amendement n° 449 rectifié, présenté par le Gouvernement et ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Le quatrième alinéa (c) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'infraction, prévue dans les conditions prévues au c, n'est pas constituée lorsqu'un logiciel d'aide à la prescription permet, si le prescripteur le décide, de prescrire en dénomination commune internationale, selon les règles de bonne pratique prévues à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. »

Je remercie particulièrement mes collègues médecins et pharmaciens des éclaircissements qu'ils ont apportés.

Plusieurs sénateurs sur plusieurs travées. Et les autres ? Et les malades ? (*Rires.*)

Mme la présidente. C'est vrai, pour qu'il y ait prescription, il faut bien un patient ! (*Sourires.*)

Je mets aux voix l'amendement n° 449 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 29, modifié.

(*L'article 29 est adopté.*)

Articles additionnels après l'article 29

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 147 est présenté par Mme Le Texier, MM. Cazeau et Domeizel, Mme Demontès, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 311 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mme David, Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

L'amendement n° 413 est présenté par Mme Procaccia, Brispierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Cornu et Pointereau et Mme Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « prestation », sont insérés les mots : « y compris la valeur des lettres-clés, les tarifs des actes et prestations ou les montants unitaires de toute forme d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, ».

La parole est à Mme Raymonde Le Texier, pour présenter l'amendement n° 147.

Mme Raymonde Le Texier. Je ne suis ni médecin ni pharmacien. Je ne suis qu'une malade potentielle, surtout en cette période propice à la fatigue ! Par conséquent, vous allez tous comprendre cet amendement sans difficulté !

Lorsque l'UNCAM décide d'inscrire de nouveaux actes ou de nouvelles prestations sur les listes ouvrant droit à un remboursement par l'assurance maladie, l'UNOCAM, est consultée. Cette compétence consultative de l'UNOCAM est, bien sûr, définie par le code de la sécurité sociale.

Or, lorsqu'il s'agit de se prononcer sur la valeur des lettres-clés ou sur les tarifs des actes et prestations, l'UNCAM dénie à l'UNOCAM cette compétence consultative.

L'exposé des motifs de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a créé l'UNOCAM, précisait : « L'absence de coordination entre l'assurance de base et les assurances complémentaires conduit souvent à des incohérences dans la gestion de notre système de soins. »

Lors de la présentation du rapport annuel de la Cour des comptes, le Premier président s'est étonné de la faible association des organismes d'assurance maladie complémentaire aux décisions de l'assurance maladie obligatoire.

En conséquence, il convient que l'UNOCAM puisse rendre un avis sur les valeurs et tarifs des actes, données qui concernent directement les organismes complémentaires. Cette procédure permettrait un renforcement de l'expertise médico-économique partagée sur les biens et soins remboursés.

sables. Par ailleurs, elle fournirait l'occasion de jeter les bases d'une gestion du risque coordonnée entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire.

Tel est l'objet de cet amendement que vous aurez tous à cœur de voter tant il est logique et plein de bon sens !

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 311.

M. François Autain. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour présenter l'amendement n° 413.

Mme Catherine Procaccia. Il est également défendu.

Permettez-moi toutefois de faire un rappel. Au sein de la commission des affaires sociales, nous avons estimé qu'il fallait davantage associer les « complémentaires maladie » par le biais de l'UNOCAM. En effet, elles interviennent de plus en plus souvent dans le remboursement des médicaments et frais médicaux. Par conséquent, il est anormal que cet organisme ne prenne pas toute la place que son rôle lui confère.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission émet un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Le Gouvernement est défavorable non pas sur le fond, mais sur la forme.

Les auteurs de ces trois amendements souhaitent que l'UNOCAM soit saisie pour avis sur des valorisations d'actes ou de rémunérations accessoires qui relèvent cependant d'accords conventionnels entre l'UNOCAM et les organisations syndicales représentatives des professions.

Je suis tout à fait favorable à cette évolution. C'est pourquoi le Gouvernement a soutenu à l'Assemblée nationale l'amendement qui était proposé par le rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, et qui visait à modifier le code en ce sens. Cet amendement ayant été adopté, le projet de loi qui vous est aujourd'hui soumis prévoit déjà, au paragraphe III de l'article 25, la consultation de l'UNOCAM. Par conséquent, le vœu des auteurs des amendements est exaucé.

Permettez-moi en outre de vous signaler une impropriété de rédaction dans ces amendements. L'article du code qui est visé ne répond pas au souhait de prévoir la consultation de l'UNOCAM sur les tarifs.

Pour ces raisons de forme, je suis défavorable à ces amendements.

M. François Autain. C'est dommage !

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Madame la ministre, je veux simplement vous demander une précision.

Est-ce bien un contenu similaire à celui de notre amendement qui a été voté à l'Assemblée nationale ? J'ai été, moi aussi, saisie par l'UNOCAM à titre personnel après le vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale à l'Assemblée nationale. C'est donc que la disposition adoptée par les députés ne correspond pas exactement à notre amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. J'ai la référence exacte de la disposition adoptée à l'Assemblée nationale. Il s'agit de l'amendement n° 46, déposé par MM. Jean-Pierre Door et Yves Bur.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 147, 311 et 413.

(Les amendements sont adoptés.)

M. François Autain. Bravo !

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 29.

L'amendement n° 308, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Avant l'article 29, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le dernier alinéa de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les études pharmaco-épidémiologiques dont peut être assortie une autorisation de mise sur le marché ne peuvent être prescrites que dans la mesure où leur financement est garanti. La non-réalisation ou tout retard dans la réalisation de ces études pourront aboutir à un retrait de l'autorisation de mise sur le marché. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Je ne vais pas vous infliger la présentation de cet amendement alors que j'en ai déjà décliné le principe avec la variante relative à la commission de la transparence. Par conséquent, je considère qu'il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Défavorable, pour les raisons que j'ai exposées précédemment.

M. François Autain. Voilà !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 308.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 29 bis

Le 4° bis de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études mentionnées au présent alinéa, qui pourront aboutir à une baisse de prix du médicament concerné ».

Mme la présidente. L'amendement n° 450, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après les mots :

ces études

rédiger comme suit la fin de cet article :

qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. L'Assemblée nationale a proposé de prévoir des sanctions en cas de non-réalisation des études postérieures aux autorisations de mise sur le marché que le laboratoire se serait par ailleurs engagé à réaliser auprès du Comité économique des produits de santé.

Ces études sont nécessaires pour une évaluation des médicaments et il paraît évidemment indispensable qu'elles soient réalisées correctement et dans les délais impartis.

L'amendement que je vous propose vise à faire en sorte que les sanctions puissent être justes, effectivement appliquées, et qu'elles ne soient pas bloquées par des contestations ou des contentieux systématiques. Ainsi, il prévoit que l'entreprise doit être entendue afin de présenter ses observations, ce qui paraît normal dans une telle procédure.

S'agissant du calcul de la sanction, il est nécessaire que celle-ci soit circonscrite aux conséquences pour l'assurance maladie de l'absence de réalisation de ces études. À défaut, les critères généraux de fixation des prix des médicaments prévaudraient alors que, en l'espèce, ils ne sont pas applicables. Cela bloquerait donc toute sanction.

Je vous invite à voter cet amendement dont l'objet est d'améliorer l'efficacité et surtout l'effectivité d'une mesure qui est, je crois, chère tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Favorable.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Cet amendement rendra encore plus difficile la mise en œuvre de sanctions pour non-réalisation des études pharmaco-épidémiologiques. Je n'y reviens pas : nous en avons abondamment parlé tout à l'heure et je vous ai déjà fait part de mes inquiétudes concernant la réalisation de telles études.

Je ne voterai pas cet amendement qui ne permettra pas d'accroître le nombre d'études à réaliser. Malheureusement, je crains que nous ne nous retrouvions l'année prochaine dans une situation identique à celle que nous connaissons aujourd'hui. Mais nous aurons l'occasion d'en reparler à ce moment-là.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 450.

M. Bernard Cazeau. Le groupe socialiste s'abstient.

M. François Autain. Le groupe CRC vote contre !

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 29 bis, modifié.

(L'article 29 bis est adopté.)

Article 30

I. – La section 2-2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-21. – Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des

caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5.

« Ce contrat peut comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

« Ce contrat détermine les contreparties financières, qui peuvent être liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

« Le contrat type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

« Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis. »

II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un 19° ainsi rédigé :

« 19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

III. – Après l'article L. 162-5-1 du même code, il est inséré un article L. 162-5-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-1-1. – Les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire. »

Mme la présidente. Je suis saisi de dix amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 241, présenté par Mme Dini, MM. Vanlerenberghe, Mercier et les membres du groupe Union centriste-UDF, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Jean Boyer.

M. Jean Boyer. L'article 30, qui introduit la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats individuels avec les médecins conventionnés, est à nos yeux inutile, et cela pour deux raisons.

D'une part, de tels contrats existent déjà. L'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale a en effet créé des contrats comparables, les contrats de santé publique ou CSP, qui, après une négociation collective à l'échelon national ou régional, requièrent l'adhésion individuelle des professionnels de santé.

Ces contrats portent sur le respect des recommandations de bonne pratique en matière de coordination et de permanence des soins ainsi que sur la participation à des actions de prévention. Ils offrent à leurs adhérents une rémunération forfaitaire annuelle en échange de ces engagements.

Les contrats proposés par l'article 30 n'ont pas un autre objet. Ils visent les mêmes actions et utilisent aussi le vecteur de la contrepartie monétaire. Leur création n'apporterait rien. Au contraire, elle compliquerait l'état du droit.

D'autre part, la Cour des comptes a souligné l'échec des contrats de santé publique. Dans son rapport de septembre 2005, elle constate en effet qu'un faible nombre de professionnels y ont adhéré et que les engagements pris ont peu d'impact sur les pratiques professionnelles individuelles.

L'article 30 vise donc à doubler inutilement un dispositif considéré, reconnaissons-le, comme peu efficace.

Mme la présidente. L'amendement n° 438, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale :

Les conventions médicales peuvent prévoir de proposer aux médecins conventionnés un contrat-type.

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 417 rectifié, présenté par Mmes Procaccia, Brisepierre, Hermange, Papon et Sittler, MM. Cambon, Etienne, Cornu et Pointereau et Mmes Garriaud-Maylam, Rozier, Desmarescaux, Mélot, Panis et Bout est ainsi libellé :

A la fin du deuxième alinéa du I de cet article, ajouter les mots :

ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Cet amendement de cohérence prévoit la consultation des organisations représentatives des centres de santé lorsque le contrat proposé par la caisse d'assurance maladie concerne les centres de santé.

Mme la présidente. L'amendement n° 266 rectifié, présenté par M. P. Blanc et Mme Hermange, est ainsi libellé :

Compléter le premier alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale par les mots :

et après avis ou consultation des organisations représentatives des professions concernées

La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Un amendement présenté par la commission à l'Assemblée nationale a amélioré le texte en prévoyant l'avis des organisations signataires de la convention, mais la rédaction retenue exclut l'avis ou même la consultation des organisations représentatives non signataires : organisations de professions paramédicales ou du médicament, par exemple.

Mme la présidente. L'amendement n° 83, présenté par M. Jégou au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale :

« Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

Dans la rédaction actuelle de l'article 30, les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat pouvant comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention.

Or l'objet même de ces contrats est de comporter des engagements individualisés qui peuvent, en revanche, porter sur différents domaines.

Mme la présidente. L'amendement n° 439, présenté par M. P. Blanc, est ainsi libellé :

Dans le deuxième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots :

à la prescription

et les mots :

au contrôle médical

Cet amendement n'est pas soutenu.

L'amendement n° 84, présenté par M. Jégou au nom de la commission des finances, est ainsi libellé :

Rédiger comme suit le troisième alinéa du texte proposé par le I de cet article pour l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale :

« Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-Jacques Jégou, rapporteur pour avis. Les contrats individuels que cet article vise à introduire vont dans le sens d'une amélioration de la maîtrise médicalisée. Toutefois, compte tenu de la rédaction retenue, on peut s'interroger sur leur efficacité.

D'une part, des contrats individuels similaires ont déjà été mis en place et n'ont pas eu de résultats probants. La Cour des comptes, dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005, notait ainsi que le taux d'adhésion à ce type de contrat était globalement faible, que les engagements pris dans ce cadre paraissaient avoir peu d'incidence sur les pratiques individuelles et se bornaient, la plupart du temps, à entériner des pratiques existantes.

D'autre part, dans la rédaction actuelle, les contreparties financières accordées aux médecins concernés ne sont pas obligatoirement liées à l'atteinte des objectifs fixés. Or il me paraît pourtant essentiel, si l'on souhaite que cette mesure ait un réel impact, de lier les contreparties financières à l'atteinte des objectifs initialement fixés.

Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 148 est présenté par MM. Cazeau et Domeizel, Mmes Demontès et Le Texier, M. Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, Campion, San Vicente-Baudrin, Printz, Schillinger, Alquier et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 317 est présenté par MM. Autain et Fischer, Mmes David et Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Dans le texte proposé par le III de cet article pour l'article L. 162-5-1-1 du code de la sécurité sociale, remplacer les mots :

indépendamment de toute évolution tarifaire

par les mots :

et en valeur

La parole est à M. Bernard Cazeau, pour présenter l'amendement n° 148.

M. Bernard Cazeau. L'article 30 vise notamment à prévoir que les engagements de maîtrise médicalisée doivent être exprimés en volume, afin de s'assurer que leur respect résulte bien d'une transformation des comportements de prescription, et non d'une évolution des prix, par exemple.

Cette disposition découle des constatations de la Cour des comptes relevées dans son rapport annuel sur la sécurité sociale de septembre 2007.

Toutefois, dans la mesure où l'objectif de la maîtrise médicalisée correspond certes à une modification des comportements de prescription, mais aussi à une baisse des montants remboursés par l'assurance maladie dans plusieurs classes thérapeutiques, il est indispensable, en termes de visibilité, de disposer d'un chiffrage en valeur.

La combinaison des deux indicateurs, en volume et en valeur, permettra de procéder à une analyse plus fine. D'éventuels effets de structure, notamment le déplacement des prescriptions vers des spécialités plus chères, pourront ainsi être décelés, et des alertes sur la prescription de médicaments plus chers mais dépourvus de plus-value thérapeutique pourront alors être mises en place.

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour présenter l'amendement n° 317.

M. François Autain. Il a été défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. La commission étant favorable à l'article 30, elle ne peut que demander le retrait ou, à défaut, le rejet de l'amendement n° 241.

Elle s'en remet à la sagesse du Sénat sur l'amendement n° 417 rectifié.

Il en va de même s'agissant de l'amendement n° 266 rectifié. J'attire simplement l'attention de notre assemblée sur le fait que, si nous adoptons cet amendement, nous créerions un précédent puisqu'il s'agit de consulter pour avis des organisations représentatives non signataires de la convention.

À titre personnel, je serais cependant plutôt disposé à approuver cet amendement, afin d'inciter le Gouvernement à mettre en chantier ce que Xavier Bertrand, alors ministre de la santé, s'était engagé à faire et n'a pas fait. L'année dernière, j'ai en effet dû subir les remarques acerbes des professionnels de santé qui ont gagné les élections parce que nous avions modifié la loi afin d'instaurer une plus grande harmonie en ce qui concerne les syndicats dits représentatifs, que M. Bertrand s'était engagé à en tirer les conséquences, mais qu'il ne l'a pas fait !

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Cela n'a rien à voir !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Il n'empêche que les organisations représentatives non signataires de la convention, qui ont gagné les élections, sont mises de côté pour toutes les consultations puisqu'on ne prend en considération que les deux autres organisations. Cela ne peut pas durer ! Madame le ministre, soit vous prenez l'engagement de mettre en chantier ce que votre prédécesseur s'était engagé à faire, auquel cas j'accepte de demander à Mme Hermange de retirer l'amendement n° 266 rectifié, soit vous refusez de prendre cet engagement et je recommande l'adoption de cet amendement !

L'année dernière, on nous a demandé de soutenir une démarche et nous l'avons fait, et puis, aujourd'hui, on nous abandonne dans la nature !

C'est la raison pour laquelle, madame le ministre, je souhaite que le Gouvernement prenne enfin ses responsabilités, comme le Parlement l'a fait lorsqu'on le lui a demandé.

S'agissant de l'amendement n° 83, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

Sur l'amendement n° 84, la commission a émis un avis favorable.

En revanche, elle est défavorable aux amendements identiques n°s 148 et 317.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler, mesdames, messieurs les sénateurs, que le présent article vise à dynamiser et à rénover des dispositions conventionnelles, en permettant aux médecins et aux centres de santé qui souhaitent aller plus loin que la convention de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leur pratique, sur la base d'un contrat spécifique.

Il est bien évident que, dans le cadre de la démarche conventionnelle, étant donné que celle-ci est globale, nous sommes évidemment obligés d'établir une ligne de référence *a minima*. Or certains médecins souhaitent aller plus loin dans le cadre de la maîtrise médicalisée.

Le contrat type sera élaboré par l'UNCAM, après consultation de l'UNOCAM et des syndicats conventionnels.

L'objectif est donc d'enrichir et de renforcer la pratique contractuelle, et non pas de s'y opposer. Ces contrats ne se substituent pas à la convention médicale. C'est la raison pour laquelle la procédure d'élaboration du contrat type, si elle ne s'inscrit pas dans le cadre conventionnel classique, n'exclut pas les syndicats conventionnels et l'UNOCAM, ce qui me paraît très important.

Les contrats pourront comporter des engagements relatifs à la prescription, à la participation des actions de prévention et de dépistage, à la coordination et à la permanence des soins, à des actions d'amélioration des pratiques et à la formation, en échange, le cas échéant, d'une rémunération forfaitaire. Ces engagements individuels permettront de personnaliser les engagements collectifs de maîtrise médicalisée.

Il n'était pas inutile de rappeler les principes qui ont guidé la rédaction de l'article 30, pour répondre, tout d'abord, à M. Boyer sur l'amendement n° 241. Je suis évidemment défavorable à la suppression de l'article 30, qui constitue vraiment un enrichissement très important de la démarche conventionnelle.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 417 rectifié, le Gouvernement y est favorable.

En revanche, je suis tout à fait défavorable à l'amendement n° 266 rectifié. Si, comme l'a dit très justement M. le rapporteur, on prévoit la consultation des autres professionnels de santé – il existe actuellement, me semble-t-il, quatorze ou quinze professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales et, dès lors, un nombre de syndicats représentatifs assez considérable – pour chaque négociation dans le cadre de la démarche conventionnelle qui ne concerne que les médecins, nous ne pourrions jamais aboutir à quoi que ce soit !

Chère Marie-Thérèse Hermange, vous êtes trop fine praticienne des démarches conventionnelles pour soutenir sérieusement un tel amendement. Je me demande si vous n'avez pas voulu jouer un peu la provocatrice, car une telle disposition n'est pas du tout envisageable.

S'agissant des amendements n°s 83 et 84, le Gouvernement émet un avis favorable.

Je ne suis pas favorable aux amendements identiques n°s 148 et 317. Vous le savez, monsieur Cazeau, il est très important de s'en tenir à un engagement en volume. En effet, certains engagements de maîtrise médicalisée n'ont été tenus par les médecins que parce que des baisses de tarifs avaient été décidées par le CEPS. Dans ces conditions, il est facile de tenir ses engagements de maîtrise médicalisée ! C'est donc bien en volume qu'il faut apprécier le respect ou le non-respect des engagements.

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

M. Alain Vasselle, rapporteur. Je tiens à éclaircir un point.

Je m'en excuse auprès de vous, madame le ministre, n'ayant pas lu de manière suffisamment attentive l'amendement n° 266 rectifié, je n'en avais retenu que la référence aux organisations représentatives non signataires. Or Mme Hermange ne vise, dans son amendement, que les organisations de professions paramédicales ou du médicament, par exemple.

Lorsque je suis intervenu tout à l'heure, j'avais à l'esprit les organisations dites représentatives des médecins. Mais celles-ci n'étaient pas évoquées dans cet amendement.

Par conséquent, j'abonde dans le sens de Mme le ministre et je vous demande, madame Hermange, de bien vouloir retirer l'amendement n° 266 rectifié.

Ce malentendu me permet toutefois de rebondir sur les propos que j'ai tenus précédemment. Madame le ministre, je vous demande une nouvelle fois de bien vouloir respecter les engagements de votre prédécesseur et de mettre en chantier l'étude de la représentativité des organisations professionnelles de médecins. En effet, des élections ont eu lieu, et cette représentativité doit être revue, conformément à l'engagement pris par le Gouvernement.

M. François Autain. Vous avez tout à fait raison !

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. La question de la représentativité des syndicats professionnels de médecins est effectivement posée. Je mène un dialogue approfondi avec les représentants des syndicats représentatifs et des autres organisations de médecins.

À ce point de mes contacts, j'ai encore besoin d'approfondir la concertation, avant de la finaliser dans les semaines à venir. Je pourrai donc répondre très bientôt à vos interrogations, monsieur le rapporteur.

Mme la présidente. L'amendement n° 241 est-il maintenu, monsieur Boyer ?

M. Jean Boyer. Je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 241 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 417 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 266 rectifié est-il maintenu, madame Hermange ?

Mme Marie-Thérèse Hermange. Je le retire, madame la présidente.

Toutefois, je ne regrette pas, madame le ministre, de l'avoir déposé, car il a permis d'instaurer un débat sur la représentativité des syndicats de médecins. Peut-être pourrez-vous ainsi honorer les engagements de votre prédécesseur.

Mme la présidente. L'amendement n° 266 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 83.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 84.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 148 et 317.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Cazeau, pour explication de vote sur l'article 30.

M. Bernard Cazeau. Tout en regrettant que notre amendement n° 148 n'ait pas été adopté, nous voterons cet article, car les nouveaux contrats d'adhésion individuelle conclus avec les caisses primaires d'assurance maladie permettront aux médecins qui veulent aller plus loin de s'engager à titre individuel sur des objectifs de maîtrise médicalisée, de prévention et de formation.

Nous avons d'ailleurs proposé un dispositif à peu près semblable voilà quelques années, mais il avait été repoussé.

Cet article représente un petit pas, madame le ministre, dans la voie ouvrant la possibilité à certains médecins de ne pas en rester au paiement à l'acte et de passer à une formule globalisée. J'ai déjà dit, lors de la discussion générale, tout ce que je pensais de ce type de paiement et de l'évolution qu'il devrait connaître.

À ce propos, je recommande à ceux qui ne l'ont pas lu l'excellent article paru dans *Le Monde* d'aujourd'hui, signé par Anne-Laurence Le Faou – maître de conférences en économie de la santé et médecin à l'hôpital Georges Pompidou – et intitulé : « Les professions de santé vivent sur les principes de la médecine libérale édictés en 1927 ».

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est exact !

M. Bernard Cazeau. C'est dire si nous sommes traditionalistes !

Elle compare de façon très intéressante la manière dont ces professions fonctionnent en France, en Allemagne, au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada.

Permettez-moi de vous en citer simplement une phrase : « La particularité de notre système est aussi la difficulté qu'ont les professionnels de santé à comprendre que tout acte médical et toute prescription sont un droit de tirage sur les finances publiques. »

C'est une réflexion qui me paraît très juste...

M. François Autain. Absolument !

M. Bernard Cazeau. ... et certains devraient la méditer ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC.*)

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Eh oui !

M. Alain Vasselle, rapporteur. Absolument !

Mme la présidente. La parole est à M. François Autain, pour explication de vote.

M. François Autain. Nous voterons, nous aussi, cet article, tout en mesurant les limites sur deux points.

Tout d'abord, en dépit de l'amélioration introduite par l'amendement n° 84, présenté par M. Jégou au nom de la commission des finances, toutes les actions qui visent à modifier les comportements en utilisant le vecteur des rémunérations ont largement échoué. C'est un point que le rapport de la Cour des comptes a souligné et que nul ne peut contester, qu'il s'agisse de contreparties financières, comme celles qui sont prévues par cet article, ou d'incitations monétaires. Chaque fois que l'on a essayé de mettre en œuvre une telle mesure destinée à infléchir les comportements, aucun des objectifs visés n'a été atteint.

J'espère donc, madame la ministre, que cet article produira les effets que nous n'avons jamais pu obtenir à ce jour. C'est le bien que je vous souhaite !

Ensuite, je m'interroge, comme M. le rapporteur – je suis d'accord avec lui sur ce point –, sur la légitimité que l'on peut accorder aux organisations signataires de la convention de 2005 dont on va solliciter l'avis, conformément à la disposition qui a été introduite par l'Assemblée nationale, quand on sait qu'elles sont devenues minoritaires lors des élections au sein des unions régionales des médecins libéraux.

Telles sont donc les limites de cet article, mais nous le voterons tout de même, parce qu'on ne sait jamais !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 30, modifié.

(*L'article 30 est adopté.*)

Article additionnel après l'article 30

Mme la présidente. L'amendement n° 318, présenté par M. Autain, Mme David, M. Fischer, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste républicain et citoyen, est ainsi libellé :

Après l'article 30, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le cinquième alinéa (3°) de l'article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Un représentant des associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique. »

La parole est à M. François Autain.

M. François Autain. Cet amendement répond à une demande réitérée des associations de malades et, plus précisément, du CISS, le collectif interassociatif sur la santé, qui est devenu un interlocuteur presque institutionnel des pouvoirs publics.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. C'est un interlocuteur très précieux !

M. François Autain. Compte tenu des compétences de plus en plus étendues qui leur sont confiées dans le champ des négociations conventionnelles de l'UNCAM, ces associations s'interrogent sur les raisons pour lesquelles elles ne pourraient pas figurer à leur tour au sein du conseil d'administration de l'UNCAM en tant que représentants des usagers.

Cette demande, qui émane du CISS, me semble justifiée. C'est pourquoi, tout en comprenant que l'adoption de cet amendement puisse soulever des difficultés et que vous ne puissiez d'emblée émettre un avis favorable, madame la ministre, je souhaiterais néanmoins que vous m'indiquiez si, sur le principe, le Gouvernement y voit des inconvénients et si, à moyen terme, on peut envisager d'intégrer un jour les associations représentant les patients au sein de ces instances, dans la mesure où elles sont agréées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Alain Vasselle, rapporteur. Le Gouvernement appréciera s'il y a lieu de répondre à cette demande.

La commission des affaires sociales, quant à elle, considère que les associations de patients sont déjà représentées au sein du conseil de l'UNCAM *via* leurs représentants au sein des différents conseils qui désignent les membres de cette instance.

La commission émet par conséquent un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Tout d'abord, je me félicite de l'intervention de M. Autain, qui a mis en exergue le rôle du CISS.

Il est très important que les associations d'usagers, les associations de malades soient intégrées à des politiques de responsabilisation de la santé.

Dans la perspective des prochains débats sur la démographie médicale qui se dérouleront lors des états généraux de la santé, nous les avons déjà contactées et nous avons eu des entretiens approfondis avec tout ce secteur associatif.

Je souhaite en particulier que le CISS, qui est l'organisation la plus connue, soit partie prenante dans ces débats, notamment sur le reste à charge, la transformation des agences régionales de l'hospitalisation en agences régionales de santé, ou encore sur la réflexion menée par Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital public.

On ne peut pas conduire une politique de santé, notamment une politique de responsabilisation, sans y associer les associations de patients. Je veux d'ailleurs leur rendre hommage, et tout spécialement au CISS, pour le sens de la responsabilité de leurs dirigeants.

En revanche, s'agissant de l'amendement, il n'est peut-être pas inutile de bien préciser ce qu'est l'UNCAM.

Cette structure a pour unique mission de coordonner l'action des caisses nationales des principaux régimes – le régime général, le régime social des indépendants ou RSI, le régime agricole – dans le pilotage de l'assurance maladie.

Dès lors, son conseil d'administration est évidemment l'émanation des conseils d'administration des trois caisses. Sa seule fonction est de coordonner trois conseils d'administration.

Si vous y intégrez demain le collectif des malades, les médecins expliqueront qu'il n'y a pas de raison de ne pas les inclure également. Il en sera de même pour les professions paramédicales évoquées tout à l'heure, ainsi que pour toutes sortes d'organisations qui auraient tout autant de légitimité à participer à cette structure.

Votre amendement, monsieur Autain, aurait donc pour effet de remettre en cause la cohérence de l'ensemble de ce dispositif.

Au demeurant, je souscris complètement à la réponse que vous a faite Alain Vasselle : dans la mesure où les associations de malades participent déjà aux conseils d'administration de la CNAM, du RSI et de la mutualité sociale agricole, elles n'ont pas leur place en tant que telles au sein de l'UNCAM.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Autain, l'amendement n° 318 est-il maintenu ?

M. François Autain. Je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 318 est retiré.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre. Merci, monsieur Autain !

Mme la présidente. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

4

DÉPÔT D'UN PROJET DE LOI

Mme la présidente. J'ai reçu de M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République italienne relative au tunnel routier sous le Mont-Blanc.

Le projet de loi sera imprimé sous le n° 84, distribué et renvoyé à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement.

5

TEXTES SOUMIS AU SÉNAT EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4 DE LA CONSTITUTION

Mme la présidente. J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Action commune du Conseil modifiant et prorogeant l'action commune 2005/190/PESC relative à la mission

intégrée « État de droit » de l'Union européenne pour l'Iraq, EUJUST LEX.

Ce texte sera imprimé sous le n° E-3688 et distribué.

J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Projet d'action commune du Conseil modifiant l'action commune 2005/797/PESC concernant la mission de police de l'Union européenne pour les territoires palestiniens (EUPOL COPPS).

Ce texte sera imprimé sous le n° E-3689 et distribué.

J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil abrogeant la décision 85/368/CEE du Conseil concernant la correspondance des qualifications de formation professionnelle entre États membres des Communautés européennes.

Ce texte sera imprimé sous le n° E-3690 et distribué.

J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Proposition modifiée de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la poursuite de la mise en œuvre des programmes européens de radionavigation par satellite (EGNOS et Galileo).

Ce texte sera imprimé sous le n° E-3691 et distribué.

J'ai reçu de M. le Premier ministre le texte suivant, soumis au Sénat par le Gouvernement, en application de l'article 88-4 de la Constitution :

– Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des Régions. Programme législatif et de travail de la Commission pour 2008.

Ce texte sera imprimé sous le n° E-3692 et distribué.

6

DÉPÔT D'UN RAPPORT

Mme la présidente. J'ai reçu de M. Laurent Bécaille un rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale sur la proposition de loi de M. Jean-Jacques Hyest, portant réforme de la prescription en matière civile (n° 432, 2006-2007).

Le rapport sera imprimé sous le n° 83 et distribué.

7

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, jeudi 15 novembre 2007 :

À neuf heures trente :

1. Suite de la discussion du projet de loi (n° 67, 2007-2008) de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée nationale.

Rapport (n° 72, 2007-2008) de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Avis (n° 73, 2007-2008) de M. Jean-Jacques Jégou, fait au nom de la commission des finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la nation.

À quinze heures et le soir

2. Questions d'actualité au Gouvernement.

Délai limite d'inscription des auteurs de questions : jeudi 15 novembre 2007, à onze heures.

3. Suite de l'ordre du jour du matin.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(La séance est levée le jeudi 15 novembre 2007, à zéro heure vingt-cinq.)

*La Directrice
du service du compte rendu intégral,
MONIQUE MUYARD*

NOMINATION DE RAPPORTEURS

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES

M. Jean-Léonce Dupont a été nommé rapporteur de la proposition de loi n° 70 (2007-2008) relative aux personnels enseignants de médecine générale.

COMMISSION DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES

M. Gérard César a été nommé rapporteur sur sa proposition de résolution n° 68 rectifié (2007-2008), présentée en application de

l'article 73 *bis* du règlement, sur la proposition de règlement du Conseil portant organisation commune du marché vitivinicole et modifiant certains règlements (E 3587).

COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES, DE LA DÉFENSE
ET DES FORCES ARMÉES

M. Jean-Pierre Placade a été nommé rapporteur du projet de loi n° 77 (2007-2008) autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement des États-Unis d'Amérique relatif à la coopération dans le domaine de l'exploration et de l'utilisation de l'espace extra-atmosphérique à des fins pacifiques, dont la commission est saisie au fond.

M. Jacques Blanc a été nommé rapporteur du projet de loi n° 78 (2007-2008) autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de Turquie sur l'encouragement et la protection réciproques des investissements, dont la commission est saisie au fond.

M. André Rouvière a été nommé rapporteur du projet de loi n° 79 (2007-2008) autorisant la ratification d'une convention du Conseil de l'Europe pour la prévention du terrorisme, dont la commission est saisie au fond.

**DÉLAI LIMITE POUR LE DÉPÔT DES AMENDEMENTS
À UNE PROPOSITION DE RÉOLUTION EUROPÉENNE**

En application de l'article 73 *bis*, alinéa 6, du règlement, la commission des affaires économiques examinera le mercredi 21 novembre 2007, à 9 h 30, le rapport sur la proposition de résolution n° 68 rectifié (2007-2008), présentée par M. Gérard César en application de l'article 73 *bis* du règlement, sur la proposition du règlement du conseil portant organisation commune du marché vitivinicole et modifiant certains règlements (E 3587). Le délai-limite pour le dépôt des amendements est fixé au mardi 20 novembre 2007 à 17 heures. Les amendements devront être déposés directement au secrétariat de la commission. Il est rappelé que, conformément à l'article 73 *bis*, alinéa 6, du règlement, les amendements dont aucun des auteurs n'appartient à la commission saisie au fond sont présentés devant celle-ci par leur premier signataire. La présente publication vaut, à leur égard, convocation à la réunion de la commission.

ORGANISMES EXTRAPARLEMENTAIRES

En application du décret n° 2004-750 du 27 juillet 2004, M. le président du Sénat a désigné, le 12 novembre 2007, M. Jacques Mahéas en qualité de membre titulaire du conseil d'orientation de l'Observatoire national de la délinquance et M. Paul Girod en qualité de membre titulaire du conseil d'administration de l'Institut national des hautes études de sécurité. En application de l'article D. 149-4 du code de l'action sociale et des familles, M. le président du Sénat a désigné, le 14 novembre 2007, M. Claude Domeizel, pour siéger au sein du Comité national des retraités et des personnes âgées.

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du mercredi 14 novembre 2007

SCRUTIN n° 23

sur l'amendement n° 465, présenté par le Gouvernement, à l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, adopté par l'Assemblée nationale (non-compensation de dispositifs d'exonération de cotisations sociales)

Nombre de votants.....	326
Suffrages exprimés.....	296
Pour.....	169
Contre.....	127

Le Sénat a adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (23) :

Contre : 23.

GRUPE UNION CENTRISTE-UDF (30) :

Abstention : 30.

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 8.

Contre : 8.

GRUPE SOCIALISTE (96) :

Contre : 96.

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (159) :

Pour : 155.

N'ont pas pris part au vote : 4. – M. Christian Poncelet, président du Sénat, et M. Jean-Claude Gaudin, qui présidait la séance, MM. Philippe Goujon (député), Alain Vasselle.

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 6.

Ont voté pour

Philippe Adnot
Jean-Paul Alduy
Pierre André
Gérard Bailly
José Balarelo

Gilbert Barbier
Bernard Barraux
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot

Daniel Bernardet
Pierre
Bernard-Reymond
Roger Besse
Laurent Bêteille

Joël Billard
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Pierre Bordier
Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean-Guy Branger
Dominique Braye
Paulette Brisepierre
Louis de Broissia
François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Christian Demuynck
Gérard Dériot
Béatrice Descamps
Sylvie Desmarescaux
Denis Detcheverry
Éric Doligé
Philippe Dominati
Michel Doublet
Alain Dufaut
André Dulait
Ambroise Dupont
Bernadette Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Émin
Jean-Paul Émorine
Michel Esneu
Jean-Claude Étienne
Hubert Falco
Jean Faure
André Ferrand
Gaston Flosse
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean François-Poncet
Yves Fréville

Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle
Garriaud-Maylam
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Alain Gérard
François Gerbaud
Charles Ginésy
Francis Giraud
Paul Girod
Nathalie Goulet
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Francis Grignon
Louis Grillot
Georges Gruillot
Charles Guéné
Michel Guerry
Hubert Haenel
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse
Hermange
Michel Houel
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Soibahaddine Ibrahim
Pierre Jarlier
Jean-Marc Juillard
Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Pierre Laffitte
Alain Lambert
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
Gérard Larcher
André Lardeux
Robert Laufoaulu
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Jacques Legendre
Jean-François
Le Grand
Philippe Leroy
Gérard Longuet
Simon Loueckhote
Roland du Luart
Lucienne Malovry

Philippe Marini
Pierre Martin
Jean Louis Masson
Colette Mélot
Lucette
Michaux-Chevry
Alain Milon
Jean-Luc Miraux
Aymeri
de Montesquiou
Dominique
Mortemousque
Georges Mouly
Bernard Murat
Philippe Nachbar
Georges Othily
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Jean Pépin
Jacques Peyrat
Jackie Pierre
Xavier Pintat
Rémy Pointereau
Ladislas Poniatowski
Hugues Portelli
Catherine Procaccia
Jean Puech
Jean-Pierre Raffarin
Henri de Raincourt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Henri Revol
Henri de Richemont
Philippe Richert
Yves Rispat
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saughey
Bernard Seillier
Bruno Sido
Esther Sittler
Louis Souvet
Yannick Texier
Michel Thiollière
Henri Torre
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Jacques Valade
Jean-Pierre Vial
Serge Vinçon
Jean-Paul Virapoullé

Ont voté contre

Nicolas Alfonsi
 Jacqueline Alquier
 Michèle André
 Bernard Angels
 Éliane Assassi
 David Assouline
 Bertrand Auban
 François Autain
 Robert Badinter
 Jean-Michel Baylet
 Marie-France Beaufrils
 Jean-Pierre Bel
 Maryse Bergé-Lavigne
 Jean Besson
 Pierre Biarnès
 Michel Billout
 Marie-Christine
 Blandin
 Yannick Bodin
 Nicole
 Borvo Cohen-Seat
 Didier Boulaud
 Alima
 Boumediene-Thiery
 André Boyer
 Yolande Boyer
 Robert Bret
 Nicole Bricq
 Jean-Pierre Caffet
 Claire-Lise Champion
 Jean-Louis Carrère
 Bernard Cazeau
 Monique
 Cerisier-ben Guiga
 Michel Charasse
 Yvon Collin
 Gérard Collomb

Pierre-Yves Collombat
 Roland Courteau
 Jean-Claude Danglot
 Yves Dauge
 Annie David
 Gérard Delfau
 Jean-Pierre Demerliat
 Michelle Demessine
 Christiane Demontès
 Jean Desessard
 Évelyne Didier
 Claude Domeizel
 Michel
 Dreyfus-Schmidt
 Josette Durrieu
 Bernard Dussaut
 Guy Fischer
 François Fortassin
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 Bernard Frimat
 Charles Gautier
 Jacques Gillot
 Jean-Pierre Godefroy
 Brigitte
 Gonthier-Maurin
 Jean-Noël Guérini
 Claude Haut
 Odette Herviaux
 Gélita Hoarau
 Robert Hue
 Annie
 Jarraud-Vergnolle
 Charles Josselin
 Alain Journet
 Bariza Khiari
 Yves Krattinger

Philippe Labeyrie
 Serge Lagache
 Serge Larcher
 Gérard Le Cam
 Raymonde Le Texier
 Alain Le Vern
 André Lejeune
 Louis Le Penec
 Claude Lise
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques Mahéas
 François Marc
 Daniel Marsin
 Jean-Pierre Masseret
 Marc Massion
 Josiane
 Mathon-Poinat
 Pierre Mauroy
 Jean-Luc Mélenchon
 Louis Mermaz
 Jean-Pierre Michel
 Gérard Miquel
 Michel Moreigne
 Jacques Muller
 Jean-Marc Pastor
 Daniel Percheron
 Jean-Claude
 Peyronnet
 Jean-François Picheral
 Bernard Piras
 Jean-Pierre Plancade
 Gisèle Printz
 Marcel Rainaud
 Jack Ralite
 Daniel Raoul
 Paul Raoult

Daniel Reiner
 Ivan Renar
 Thierry Repentin
 Roland Ries
 Gérard Roujas
 André Rouvière
 Michèle
 San Vicente-Baudrin
 Claude Saunier

Patricia Schillinger
 Michel Sergent
 Jacques Siffre
 René-Pierre Signé
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Catherine Tasca
 Odette Terrade

Michel Teston
 Jean-Marc Todeschini
 Robert Tropeano
 André Vantomme
 François Vendasi
 Bernard Vera
 Jean-François Voguet
 Dominique Voynet
 Richard Yung

Abstentions

Nicolas About
 Jean-Paul Amoudry
 Philippe Arnaud
 Jean Arthuis
 Denis Badré
 Claude Biwer
 Didier Borotra
 Jean Boyer
 Marcel Deneux
 Yves Détraigne
 Muquette Dini

Daniel Dubois
 Jean-Léonce Dupont
 Pierre Fauchon
 Françoise Féat
 Christian Gaudin
 Adrien Giraud
 Jacqueline Gourault
 Jean-Jacques Jégou
 Joseph Kergeris
 Jean-Claude Merceron
 Michel Mercier

Catherine
 Morin-Desailly
 Philippe Nogrix
 Anne-Marie Payet
 Yves Pozzo di Borgo
 Daniel Soulage
 André Vallet
 Jean-Marie
 Vanlerenberghe
 François Zocchetto

N'a pas pris part au vote

Alain Vasselle

N'ont pas pris part au vote

Christian Poncelet, président du Sénat, Jean-Claude Gaudin, qui présidait la séance.

Ne peut participer aux travaux du Sénat (en application de l'article L.O. 137 du code électoral) : Philippe Goujon.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
03	Compte rendu..... 1 an	155,70
33	Questions..... 1 an	97,60
83	Table compte rendu..... 1 an	25,80
	DÉBATS DU SÉNAT :	
05	Compte rendu..... 1 an	136,60
35	Questions..... 1 an	71,20
85	Table compte rendu..... 1 an	21,20
95	Table questions..... 1 an	14,00
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
07	Série ordinaire 1 an	797,70
27	Série budgétaire..... 1 an	98,80
	DOCUMENTS DU SÉNAT :	
09	Un an.....	638,20

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Tout paiement à la commande facilitera son exécution

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 23 décembre 2006 publié au *Journal officiel* du 31 décembre 2006

Direction, rédaction et administration : Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Renseignements documentaires : **01-40-58-79-79** – Télécopie abonnement : **01-40-58-77-57**

Prix du numéro : 1,80 €